MIRCEA IOVU

DROGURI LEGALE

CE NU SPUN POLITICIENII ȘI ZIARIȘTII

București 2003

Scanned with OKEN Scanner

Copyright © 2003
Această carte poate fi copiată total sau parţial, cu orice mijloace tehnice, numai cu permisiunea autorului.

The distribution of this book outside Romania is prohibited without the written permission of author.

ISBN 973-0-03193-2

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
Iovu, Mircea
Droguri legale.
Ce nu spun politicienii şi ziariştii.
Iovu Mircea - Bucureşti 2003
331 p; 21 cm

Referent ştiinţific,
Doctor în Ştiinţe Medicale, Exacustodian Păuşescu

Tehnoredactare computerizată,
Cristina Mîndruţă

Tiparul executat la Monitorul Oficial

Scanned with OKEN Scanner

MIRCEA IOVU

DROGURI LEGALE

CE NU SPUN POLITICIENII ŞI ZIARIŞTII

Monitorul Oficial
Bucureşti 2003

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Cu toate că tutunul şi alcoolul, din punct de vedere medical sunt droguri toxice, consumul lor a rămas legal, fiind asociat cultural cu plăcerile vieţii. Este un paradox care complică mult acţiunile de combatere a tabagismului şi alcoolismului cu toate efectele lor nefaste.

În lume există 1,1 miliarde de fumători din care mor anual 4,9 milioane din cauza tabagismului. Numai în regiunea europeană mor în fiecare an 1,2 milioane de locuitori de boli legate de tabagism. De aceea în ultimele decenii tutunul nu mai este considerat ca un produs care dăunează sănătăţii ci ca un produs care curmă viaţa.

Preşedintele Franţei, Jaques Chirac spunea într-un discurs ţinut la a 23-a sesiune a Centrului Naţional al Profesiunilor de Sănătate la 14.02.2002: „ O ţigaretă fumată înseamnă 11 minute de speranţă de viaţă mai puţin. Aceasta dă de gândit..!"

Jumătate din bărbaţii şi femeile care fumează mor ca urmare a tabagismului lor. Moartea survine în urma unor boli legate direct de tabagism, cum sunt cancerul pulmonar, cancerul laringelui, limbii, gâtului, pancreasului, de col uterin, de esofag, cancerul gastric, renal, vezical, de sân, de prostată, de colon sau altor afecţiuni, ulcer stomacal şi duodenal, puls accelerat, aritmie cardiacă, hipertensiune arterială, angină pectorală, artrite, flebite, gangrenă, astm bronşic, bronşită cronică etc.

Numărul ţigaretelor arse anual a crescut constant de la 1686 de miliarde în anul 1850 până la 5500 de miliarde în anul 2000.

În ultimul deceniu consumul s-a plafonat, fiind de 5419 miliarde de ţigarete în anul 1990.

Numărul fumătorilor a scăzut dramatic în ţările Uniunii Europene, cu excepţia Portugaliei, ca urmare a politicilor de descurajare a consumului produselor din tutun. În schimb a crescut consumul în ţările din estul Europei, ca urmare a acţiunii

Scanned with OKEN Scanner

de promovare agresivă dusă de industria tutunului în special asupra tinerilor, femeilor şi defavorizaţilor.

După o anchetă făcută în România asupra populaţiei active urbane, 46% dintre bărbaţi şi 38% dintre femei fumează, aceasta în timp ce în tări ca Finlanda, Islanda, Italia, Slovenia şi Suedia procentul fumătorilor, de peste 15 ani, a scăzut sub 25%. Este îngrijorător faptul că, în special, procentul tinerilor care fumează este în creştere, el atingând în ţara noastră 57% pentru cei de 16 ani. Procentul fetelor fumătoare depăşeşte pe cel al bărbaţilor de aceeaşi vârstă în multe ţări din Europa.

Tutunul conţine nicotină, un drog (legal) foarte toxic care dă dependenţă la fel ca heroina, dar conţine şi aproximativ 1000 de compuşi chimici care, arşi împreună cu 600 de aditivi în retorta chimică numită ţigaretă, dau alţi 4000 de compuşi aflaţi în fumul produs, dintre care unii foarte toxici, ca oxidul de carbon şi hidrocarburile aromatice policiclice.

Alcoolul este un drog depresiv. Este uşor absorbit în sânge, de unde ajunge la creier. Consumat frecvent şi în cantităţi mari poate crea dependenţă, numită alcoolism. În majoritatea ţărilor este drogul cel mai folosit.

Consumul de alcool este un fenomen cultural dar şi o problemă majoră de sănătate publică. Folosit la mese între prieteni, pentru unii alcoolul a devenit un obicei alimentar, iar pentru alţii un anxiolitic şi un antidepresiv. Accidentele, traumatismele şi conduitele cu risc sunt cauzate de beţie, iar cancerele, cirozele, complicaţiile cardio-vasculare sunt cauzate de un supraconsum cronic. În multe ţări el este a doua cauză de mortalitate evitabilă şi este prima cauză de mortalitate a bărbaţilor între 15 şi 29 de ani.

Alcoolismul este o boală de care aproape nimeni nu este la adăpost.

Îngrijorător este faptul, constatat în urma unui sondaj, că 83% dintre tineri consumaseră băuturi alcoolice, iar 43% dintre ei au atins starea de ebrietate. Deşi există o scădere a consumului

Scanned with OKEN Scanner

mediu pe locuitor, s-a produs şi o creştere a consumului de băuturi slab şi mediu alcoolizate ca berea (54,4 litri/locuitor).

Conform unui raport OMS mortalitatea prin boli asociate consumului de alcool este în creştere în România atingând 122,2 la 100.000 de locuitori.

Datele din studiul „Sănătatea reproducerii" arată că procentul femeilor care beau a crescut de aproape 10 ori din 1996 până în 1999, totodată a crescut şi numărul gravidelor care beau cu toate consecinţele asupra fătului.

În lume există aproximativ 62 milioane de persoane afectate de alcool.

Din aceste cauze alcoolul reprezintă o importantă problemă de sănătate, cu costuri sociale mari care necesită abordări multiple, ca şi tutunul. De adăugat că 85-95% dintre alcoolici sunt şi fumători.

Pentru combaterea şi restrângerea tabagismului şi alcoolismului sunt necesare măsuri la nivel internaţional şi naţional, măsuri educative pentru populaţie, măsuri de prevenire, restrictive, legislative etc.

Cu toate efectele dezastruoase asupra sănătăţii publice şi cu toate costurile mari ale tabagismului şi alcoolismului, politicienii nu se implică în acţiunile de combatere a tabagismului şi alcoolismului. Nu pot spune alegătorilor ceea ce nu le face plăcere să audă pentru că nu-i mai votează.

O excepţie a făcut preşedintele ţării, domnul Ion Iliescu, care, la 30.08.2002, aflându-se la Făcăieni, sat aflat în reconstrucţie după o tornadă, le-a spus sătenilor: „...să mai lase oamenii cârciumile şi să treacă la treabă."*

Nu am aflat, ca în programul vreunui partid politic, preocupat de starea de sănătate a populaţiei şi nivelul ei de trai să figureze probleme de combatere a consumului de droguri legale, acţiuni de prevenire a efectelor lor, de reducere a consumului lor etc.

---

* Citat din memorie

Scanned with OKEN Scanner

Ziarele nu publică articole, seriale, cu caracter educativ privind problemele fumatului şi consumului de alcool cu toată marea lor importanţă, (în cazul în care o cunosc*), pentru a nu deranja cititorii fumători sau consumatori de alcool, fapt ce ar duce la scăderea tirajelor ziarelor.

Ceea ce nu pot spune politicienii şi ziariştii ar trebui să spună cu voce mai tare Organizaţiile Neguvernamentale (ONG-urile) care nu au ce pierde şi care ar trebui sprijinite de guverne.

Încerc să prezint probleme care, fără exagerare, pot fi numite vitale şi care nu vor face plăcere multora dintre concetăţenii mei, cu speranţa că unii vor reuşi să le înţeleagă şi, mai mult, să renunţe la droguri. Pentru aceasta este necesar sprijinul familiei, al prietenilor, al societăţii civile. Este privilegiul generaţiei noastre să schimbe cultura drogurilor legale.

* În presa noastră întâlnim încă expresii ca: "alcool şi droguri, droguri şi tutun."

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

INTRODUCERE

1. SOCIETATEA CIVILĂ 15

2. TUTUNUL 25

2.1Istoric 25

2.1.1.Descoperirea tutunului şi a proprietăţilor sale 25

2.1.2. Răspândirea tutunului în Europa 26

2.1.3.Pătrunderea tutunului pe teritoriile româneşti 29

2.2 Compoziţia fumului de tutun 32

2.2.1. Ţigareta, o retorta chimică 32

2.2.2. Nicotina 33

2.2.3. Oxidul de carbon 37

2.2.4. Gudronul 39

2.2.5. Compuşi iritanţi 41

2.2.6. Aditivi 41

2.3 Prevalenţă 43

2.3.1. Prevalenţa tabagismului în lume 43

2.3.2. Prevalenţa tabagismului la diferite profesii 50

2.3.3. Prevalenţa tabagismului în România 51

2.4. Riscurile fumatului 54

2.4.1. Sănătate sau tutun 54

2.4.2. Tutunul este un drog 56

2.4.3. Tutunul transformat în fum este mai dăunător 58

2.4.4. Principalele organe atinse de constituenţii fumului 59

2.4.5. Principalele boli legate direct de tabagism 60

2.4.6. Fumatul şi sistemul respirator 61

2.4.7. Fumatul şi cancerul 63

2.4.8. Fumatul şi bolile cardiovasculare 66

2.4.9. Impotenţa sexuală 68

2.4.10.Fumatul şi aparatul digestiv 70

2.4.11.Fumatul şi sângele 71

2.4.12.Fumatul şi sistemul osos 71

2.4.13.Fumatul şi scleroza în plăci 72

Scanned with OKEN Scanner

2.4.14.Reducerea numărului neuronilor 72
2.4.15.Fumatul şi sportul 73
2.4.16.Fumătorii se consideră înşelaţi şi apelează la justiţie 79

2.5.Dependenţa de nicotină 82
2.5.1. Intensitatea dependenţei 82
2.5.2. Mecanismele dependenţei ..... .84
2.5.3. Dezobişnuinţa ..... .85
2.5.4. Sevrajul ..... .86
2.5.4.1Substituenţi nicotinici ..... .88
2.5.4.2 Medicamente pentru sevraj ..... .90

2.6. Renunţarea la fumat ..... .93
2.6.1.Consiliere pentru renunţarea la fumat ..... .93
2.6.2.Contribuţia cabinetelor dentare la întreruperea fumatului ..... .96
2.6.3.Foştii fumători se simt bine ..... .98
2.6.4.Politoxicomani 99
2.6.5.Beneficiile renunţării la fumat 100
2.6.5.1. Efecte asupra stării de sănătate 100
2.6.5.2. Reducerea cheltuielilor 102
2.6.5.3. Reducerea accidentelor rutiere 104
2.6.5.4. Reducerea incendiilor 104

2.7.Prevenirea tabagismului 105
2.7.1 Organizarea luptei anti-tutun 105
2.7.2 Obstacole la politicile anti-tutun 109
2.7.3 Reglementări ale OMS pentru o Europă fără tutun 109
2.7.4 Problema tutunului stă în atenţia UE 116
2.7.5 Problema tutunului este mondială 116
2.7.6 Măsuri legislative de prevenire şi combatere a tabagismului în Romania 119
2.7.7 Lupta cu tabagismul presupune şi lupta cu societăţile transnaţionale producătoare de tutun 122

2.8. Ce trebuie să facă farmacistul 125

2.9. Fumatul involuntar 127
2.9.1. Definire 127

Scanned with OKEN Scanner

2.9.2. Efecte nocive 127
2.9.3. Protecţia contra fumatului involuntar împiedicată de industria tutunului 131
2.9.4. Protecţia împotriva fumatului involuntar 134
2.9.5 Locuri de muncă fără fum de tutun..... 135

2.10. Tabagismul feminin 137
2.10.1. Prevalenţa 137
2.10.2. Riscurile fumatului la femei 141

2.11. Fumatul la tineri 151
2.11.1. Prevalenţa 151
2.11.2. Combaterea tabagismului la tineri..... 154

2.12.Reglementarea comerţului cu produse din tutun 166
2.12.1. Creşterea taxelor pe produse din tutun duce la reducerea consumului lor..... 166
2.12.2. Contrabanda cu produse din tutun..... 170

2.13.Publicitatea pentru produsele din tutun.... 171
2.13.1.Interdicţia publicităţii tutunului în Europa, o cale lungă 171
2.13.2. Aspecte ale publicităţii tutunului în România 176
2.13.3. Influenţa nefastă a scenelor din filme în care se fumează..... 180
2.13.4. Contra-publicitatea..... 181
2.13.5. Publicitate negativă 182

2.14. Atitudinea bisericii..... 186

3. ALCOOLUL..... 187
3.1. .Istoric..... 187

3.2. Alcoolismul este o boală..... 190
3.2.1. Concepte..... 190
3.2.2. Lipsa saţietăţii la consumul de alcool..... 193
3.2.3. Consumul patologic de alcool 194
3.2.4. Alcolismul este ereditar ?..... 194

Scanned with OKEN Scanner

3.3. Alcoolii. Structură moleculară şi proprietăţi 195
3.3.1. Structură moleculară 195
3.3.2. Metanolul 197
3.3.3. Alcoolul etilic 198
3.3.4. Alcoolul şi cocaina 200

3.4. Băuturi alcoolice 201

3.5. Alcoolul aliment ? 204

3.6. Prevalenţă 206
3.6.1. Consumul de alcool în Europa 207
3.6.2. Consumul de alcool în România 212

3.7. Alcoolul este un drog 215
3.7.1. Obişnuinţă, toleranţă şi dependenţă 216
3.7.2. Sobrietate 219

3.8. Alcoolul în organism 220

3.9. Riscurile consumului de alcool 225
3.9.1. Efecte nocive 225
3.9.2. Alcoolul şi ciroza hepatică 227
3.9.3. Alcoolul şi cancerul 227
3.9.4. Alcoolul şi cardiopatiile coronariene 230
3.9.5. Alcoolul şi accidentul vascular cerebral 231
3.9.6. Alcoolul şi mortalitatea generală 231
3.9.7. Accidente rutiere 235
3.9.8. Alcoolul şi accidentele de muncă 238
3.9.9. Alcoolul şi violenţa 240
3.9.10. Alcoolul şi locul de muncă 243

3.10. Prevenirea alcoolismului 246
3.10.1. Prevenirea alcoolismului în Europa 246
3.10.2. Prevenirea alcoolismului în România 254

3.11. Strategii pentru reducerea consecinţelor alcoolului asupra sănătăţii 258

Scanned with OKEN Scanner

3.12. Există beneficii ale consumului moderat? 261

3.13. Alcoolismul feminin 262
3.13.1. Femeile mai vulnerabile decât bărbaţii 262
3.13.2. Sindromul alcoolismului fetal 264

3.14. Alcoolismul şi tinerii 267

3.15. Tratamentul alcoolismlui 275
3.15.1.Detecţie precoce. Evaluare psihică şi psihologică 275
3.15.2. Sevrajul şi dezintoxicarea 276
3.15.3. Psihoterapia de grup 281
3.15.4. Terapia familială 283

3.16. Costurile alcoolismului 285

3.17. Interacţia alcoolului cu medicamentele 287

3.18. Ce trebuie să facă farmacistul 290

3.19. Publicitatea 292

3.20. Alcoolul şi religia 300

3.21. Conferinţa europeană „Sănătate, societate şi alcool" 303

Scanned with OKEN Scanner

LEGAL DRUGS

CONTENTS

INTRODUCTION

1. CIVIL SOCIETY 15

2. TOBACCO 25

2.1 Historical overview 25

2.1.1.Discovery of tobacco and its properties 25

2.1.2. The spread of tobacco in Europe 26

2.1.3.Penetration of tobacco in Romanian territory 29

2.2 Composition of tobacco smoke 32

2.2.1. Cigarette, a chemical furnace 32

2.2.2. Nicotine 33

2.2.3. Carbon monoxide 37

2.2.4. Tar 39

2.2.5. Irritant compounds 41

2.2.6. Additives 41

2.3 Prevalence 43

2.3.1. Smoking prevalence in the world 43

2.3.2. Professional's smoking prevalence 50

2.3.3. Smoking prevalence in Romania 51

2.4. Smoking risks 54

2.4.1. Health or tobacco 54

2.4.2. Tobacco is a drug 56

2.4.3. Tobacco smoke is more harmful 58

2.4.4. The main organs affected by the smoke components 59

2.4.5. Tobacco-related diseases 60

2.4.6. Smoking and respiratory system 61

2.4.7. Smoking and cancer 63

2.4.8. Smoking and cardiovascular diseases 66

2.4.9. Sexual impotence 68

2.4.10.Smoking and digestive system 70

2.4.11. Smoking and blood 71

2.4.12. Smoking and bone system 71

Scanned with OKEN Scanner

2.4.13. Smoking and cerebrospinal sclerosis 72
2.4.14. Reduction of neuron 72
2.4.15. Smoking and sport 73
2.4.16.Smokers in justice 79

2.5. Nicotine addiction 82
2.5.1. Addictive power of nicotine 82
2.5.2. Mechanisms of addiction 84
2.5.3. To get rid of cigarette 85
2.5.4. Smoking cessation 86
2.5.4.1 Nicotine replacement therapies 88
2.5.4.2 Drugs for smoking cessation 90

2.6. Giving up smoking 93
2.6.1.Giving up smoking concealing 93
2.6.2.The contribution of dentists to stop smoking 96
2.6.3.The former smokers feel well 98
2.6.4.Politoxicomania 99
2.6.5.Benefits of giving up smoking 100
2.6.5.1. Effects on health 100
2.6.5.2. Reduction of expenses 102
2.6.5.3. Reduction of car accidents 104
2.6.5.4. Reduction of fires 104

2.7.Smoking prevention 105
2.7.1 Fight against tobacco 105
2.7.2 Impediments for anti-tobacco politics 109
2.7.3 WHO's regulations for a tobacco-free Europe 109
2.7.4 Tobacco problem in the attention of EU 116
2.7.5 Tobacco problem is all over the world 116
2.7.6 Legislative measures for prevention and fighting smoking in Romania 119
2.7.7 The fight against tobacco is also a fight with the multinational companies producing tobacco 122

2.8. What the pharmacist should do 125

2.9. Involuntary smoking 127
2.9.1. Definition 127
2.9.2. Toxic effects 127

Scanned with OKEN Scanner

2.9.3. Protection against involuntary smoking hindered by the tobacco industry 131
2.9.4. Protection against involuntary smoking 134
2.9.5 Work place without tobacco smoke 135

2.10. Female smoking 137
2.10.1. Prevalence 137
2.10.2. Risks of female smoking 141

2.11. Youngers' smoking 151
2.11.1. Prevalence 151
2.11.2. Fighting against youngers' smoking 154

2.12.The commerce of tobacco products 166
2.12.1. The consumption of tobacco products decrease as the taxes increase 166
2.12.2. Illegal traffic with tobacco products 170

2.13.Advertising for tobacco products 171
2.13.1.To total interdiction of tobacco advertising in Europe – a long way 171
2.13.2. Some aspects regarding tobacco advertising in Romania 176
2.13.3. The bad influence of the movies in which people are seen smoking 180
2.13.4. Anti – advertising 181
2.13.5. Negative advertising 182

2.14. The position of the church 186

3. ALCOHOL 187
3.1. Historical overview 187

3.2. The alcoholism is a disease 190
3.2.1. Basics 190
3.2.2. The lack of satiety to alcohol consumption 193
3.2.3. Pathological alcohol consumption 194
3.2.4. Is alcoholism hereditary? 194

Scanned with OKEN Scanner

3.3. Alcohols. Molecular structure and properties 195
3.3.1. Molecular structure 195
3.3.2. Methanol 197
3.3.3. Ethanol 198
3.3.4. Alcohol and cocaine 200

3.4. Alcoholic beverages 201

3.5. Is alcohol an aliment? 204

3.6. Prevalence 206
3.6.1. Alcohol consumption in Europe 207
3.6.2. Alcohol consumption in Romania 212

3.7. Alcohol is a drug 215
3.7.1. Habitude, tolerance, dependence 216
3.7.2. Sobriety 219

3.8. Alcohol in organism 220

3.9. Risks of alcohol consumption 225
3.9.1. Bad effects 225
3.9.2. Alcohol and cirrhosis 227
3.9.3. Alcohol and cancer 227
3.9.4. Alcohol and coronary heart diseases 230
3.9.5. Alcohol and cerebral accidents 231
3.9.6. Alcohol and overall mortality 231
3.9.7. Car accidents 235
3.9.8. Alcohol and accidents at work 238
3.9.9. Alcohol and violence 240
3.9.10. Alcohol and work place 243

3.10. Prevention of alcoholism 246
3.10.1. Prevention of alcoholism in Europe 246
3.10.2. Prevention of alcoholism in Romania 254

Scanned with OKEN Scanner

3.11.Strategies for reducing the alcohol consequences against health 258

3.12. Are there some benefits of the moderate alcohol consumption? 261

3.13. Female alcoholism 262
3.13.1. Women more vulnerable then men 262
3.13.2. Fetal alcohol syndrome 264

3.14. Youngers' alcoholism 267

3.15. Treatment of alcoholism 275
3.15.1.Detection in early stages. Physical and psychological evaluation 275
3.15.2. Cessation and disintoxication 276
3.15.3. Group psychotherapy 281
3.15.4. Family therapy 283

3.16. Costs of alcoholism 285

3.17. The interaction of alcohol with drugs 287

3.18. What the pharmacist should do 290

3.19. Advertising 292

3.20. Alcohol and religion 300

3.21. European conference " Health, society and alcohol" 303

Scanned with OKEN Scanner

1. SOCIETATEA CIVILĂ

Noţiunea de societate civilă sau "societatea cetăţenilor" îşi are originile în antichitate unde este întâlnită în lucrările lui Cicero şi ale filozofilor greci care se refereau mai ales la stat. Sensul modern de societate civilă dintr-o sferă învecinată cu statul, dar delimitată de acesta, a fost dat de iluminiştii din secolul al XVIII-lea. În societatea civilă cetaţenii se grupează în funcţie de interesele şi dorinţele lor.

După anii 90' societatea civilă a căpătat noi orizonturi în SUA şi Europa occidentală, ca urmare a tendinţei spre mai multă democraţie, spre înnoirea societăţii, iar în ţările în curs de dezvoltare s-a afirmat acolo unde statul şi guvernul şi-au delimitat atribuţiile, ea devenind o expresie a spiritului timpului[1.1]

În ultimii ani, cu deosebire în ţările care se află în faza de tranziţie spre democraţie, a crescut mult numărul organizaţiilor neguvernamentale (ONG), mai ales al celor care îşi propun obiective politice cu privire la drepturile omului, drepturile femeii, observarea desfăşurării alegerilor, lupta împotriva corupţiei, ecologie, etc.

Dar societatea civilă nu este identică cu organizaţiile neguvernamentale; ea cuprinde toate organizaţiile şi asociaţiile din afara statului, cum sunt partidele politice, sindicatele, asociaţiile profesionale, camerele de comerţ, grupurile etnice, organizaţiile studenţeşti, organizaţiile religioase, culturale şi sportive.

[1.1] T. Carothers, *Deutschland*, 2000, 5, 12

Scanned with OKEN Scanner

ONG-urile joacă un rol crescând prin presiunea pe care o exercită asupra guvernelor şi prin punerea la dispoziţie de experţi, factorilor politici de decizie, participând astfel la configurarea politicii şi stimulează implicarea cetăţenilor în procesul politic.

ONG-urile din România au o situaţie financiară dificilă* şi de aceea trebuie sprijinite financiar de guvern. Astfel, Centrul de Asistenţă pentru Organizaţii Neguvernamentale în parteneriat cu Departamentul pentru Analiza Instituţională şi Socială din cadrul Guvernului României, au asigurat mijloacele financiare necesare pentru organizarea sub patronajul lor a lucrărilor unui *Forum Naţional* la Palatul Parlamentului în perioada 17-20 ianuarie 2002. Au fost invitate însă numai ONG-urile implicate în dezvoltarea sectorului guvernamental. Au participat peste 100 de delegaţi reprezentând 26 de judeţe [1.2]

Participanţilor li s-a cerut să aducă contribuţii importante în perspectiva integrării europene, să informeze cetăţenii în legătură cu acest proces pentru ca ei să se pronunţe în cunoştiinţă de cauză, să ajute la transferul deciziilor şi dezbaterilor politice de la nivelul administraţiei centrale la nivelul local considerând că principiile unei bune guvernări trebuie să plece de la nivel local.

Este necesar un parteneriat între societatea civilă şi factorii de decizie politică întrucât problemele nu pot fi rezolvate numai la nivel guvernamental. „Până la urmă, va fi un test de maturitate din partea ONG-urilor în tot acest exerciţiu de parteneriat al lor cu factorii de guvernare”[1.3].

---

* Fundaţia Hope şi PC NET Data Network pun la dispoziţia societăţii civile organizaţii şi/sau persoane fizice) web-ul www.NGO.PCNET.RO gratuit pentru a-şi face cunoscută activitatea atât la nivel naţional cât şi internaţional.

[1.2] R. Daniciuc, România Liberă, 2002, 19.01

[1.3] „Forumul Organizaţiilor Neguvernamentale din România “ editat de Uniunea Europeană

Scanned with OKEN Scanner

Comisia Europeană şi Guvernul României cu asistenţa Fundaţiei pentru Dezvoltarea Societăţii Civile derulează Programul Phare ACCESS RO 0008, program special pentru întărirea societăţii civile şi pregătirea pentru aderarea României, program finanţat de Uniunea Europeană.

"Societatea civilă înseamnă spontaneitate. Societatea civilă e o societate de oameni dinamici, care se asociază pentru a-şi apăra interesele, pentru a crea resurse, pentru a apăra valori. (Stelian Tănase)"

Societatea civilă este principalul loc în care cetăţeanul poate participa la treburile comunităţii.

În ţara noastră *educaţia civică,* pe care ar trebui să o promoveze organizaţiile neguvernamentale este eclipsată din cauza unor elemente tradiţionale. Sindicatele si organizaţiile religioase dispun de resurse financiare proprii în timp ce *grupurile de iniţiativă* nu dispun, depinzând adesea de instituţii donatoare internaţionale.

Numărul relativ mic de fundaţii şi asociaţii din ţara noastră şi care se regăsesc mai ales în prezentările de la primirea delegaţiilor străine şi mai puţin în viaţa reală, ar putea reprezenta cel puţin starea de spirit a populaţiei şi ar putea să o influenţeze în bine cum ar fi în *prevenţia, combaterea şi stoparea tabagismului şi alcoolismului.*

Din organizaţiile neguvernamentale face parte elita societăţii care nu are însă suficiente legături cu cetăţenii în numele cărora acţionează.

Pe de altă parte, în societatea civilă nu există numai interese nobile, oamenii grupându-se nu numai pentru a urmării ţeluri lăudabile, ci şi vătămătoare. Chiar când membrii unui grup

Scanned with OKEN Scanner

civic militează pentru binele general, rămâne discutabil în ce constă acesta. Combaterea poluării, preţurile mici ale energiei, asigurarea locurilor de muncă, libertatea presei şi de expresie, ţin de interesul general. Organizaţiile neguvernamentale se concentrează numai asupra unui singur complex de probleme. Ele nu urmăresc să găsească un consens între păreri divergente privind binele public, dar rolul pe care îl joacă interesele economice este important. Sunt însă grupări care militeaza pentru principii şi valori mai elevate.

Societatea civilă este partea integrantă a unei democraţii. Numai în ţările democratice pot demonstra şi antidemocraticii. Dar aceştia trebuie să ştie că opiniile lor sunt altceva decât mijloacele violente şi invectivele degradante.

Un ziarist american a făcut un sondaj printre demonstranţii împotriva globalizării de la Geneva, (din iulie 2001). Nici unul nu a reusit sa raspunda satisfacator la întrebarea: „ce este globalizarea ?". Manifestanţii au recurs însă la violenţă răsturnând şi incendiind automobile, spărgând geamuri, atacând poliţia etc. Se pare că fac aceasta pentru a determina mass-media să transmită ceva despre revendicările lor.

Recurgerea la violenţă, la invective si ameninţări sunt manifestările de predilecţie ale partizanilor totalitarismului şi extremismului, de pretutindeni, pentru destabilizarea ordinii şi instituţiilor democratice.

O societate civilă puternică consolidează democraţia. La noi nu se pune încă problema ca o societate civilă, foarte puternică să poată slăbi sfera politică, cum s-a întâmplat în Germania anilor 20 – 30 când instituţiile politice slabe nu au putut răspunde cerinţelor numărului mare de uniuni profesionale, asociaţii culturale etc, iar acestea s-au alăturat unor grupări naţionaliste şi populiste şi în final partidului naţional-socialist. Naziştii au folosit apoi reţeaua complexă a societăţii civile care

Scanned with OKEN Scanner

le-a facilitat organizarea aparatului politic într-un timp foarte scurt.

Societatea civilă, activă, poate duce la soluţionarea problemelor economice, poate încuraja iniţiativa particulară şi ajuta statul la redresarea economiei. Dar sunt şi cazuri când legătura dintre creşterea economică şi societatea civilă nu se constată. De exemplu, în Bangladesh, există mii de organizaţii neguvernamentale cu iniţiative politice şi de ajutor umanitar care nu au adus încă bunăstarea populaţiei.

Când statul reuşeşte să prezinte programe politice bune pe care le transpune în practică, el este sprijinit de grupuri de iniţiativă care contribuie la consolidarea lui.

Societatea civilă supranaţională nu este de dată atât de recentă, de exemplu Biserica Catolică este o grupare civilă supranaţională cu o activitate de multe secole. Un exemplu recent este campania internaţională împotriva minelor terestre la care participă peste 5000 de organizaţii neguvernamentale supranaţionale care au sediul într-o anumită ţară, dar desfăşoară activităţi şi în alte ţări.

În ciuda tuturor dificultăţilor a început să se cristalizeze o conştiinţă civică manifestată mai ales în mişcarea sindicală. După manifestările haotice generate de interese sau provocate de interesaţi, acum acţiunile marilor confederaţii sindicale respectă legile existente, fac propuneri pentru îmbunătăţirea cadrului legislativ de combatere a economiei subterane sau de strategii de relansare a economiei pe termen lung. Şi organizaţiile societăţii civile, ca Alianţa Civică, Asociaţia Foştilor Deţinuţi Politici, Grupul de Dialog Social, Solidaritatea Universitară, asociaţiile profesionale, fundaţiile etc, nu se mai mărginesc numai la critici, ci fac propuneri concrete pentru ajungerea la normalitate.

Scanned with OKEN Scanner

În scopul lărgirii activităţii şi orientării societăţii civile a fost creată Fundaţia pentru Dezvoltarea Societăţii civile (FDSC) care publică şi un buletin informativ, Voluntar.

Problema voluntariatului este puţin mediatizată în România. Anul internaţional al voluntariatului 2001, a fost mediatizat mai ales prin forurile judeţene şi prin Conferinţa Naţională pe teme de voluntariat de la începutul lunii decembrie 2001. S-a discutat mesajul ONG-urilor pentru încurajarea muncii benevole a cetăţenilor în folosul comunităţii, ce drepturi şi obligaţii au voluntarii, precum şi dificultăţile lor şi ale organizaţiilor lor.

După 1989, în ţări ca Polonia şi Ungaria, unde guvernele s-au dovedit a fi relativ energice si competente, societatea civilă a făcut progrese mari în timp ce la noi şi în Bulgaria unde statul s-a situat între stagnare şi ineficienţă, societatea civilă nu s-a dezvoltat.

Acţiunile societăţii civile din România au fost neînsemnate, nereuşind să genereze politici publice sau cel putin iniţiative publice cu efecte sociale remarcabile. Există însă un caz în care societatea civilă a reuşit să se mobilizeze, cel al adoptării *Legii Accesului la Informaţiile Publice* şi să-şi impună punctul de vedere.

Bruce Jackson, preşedintele comitetului SUA pentru NATO, într-una din vizitele la Bucureşti spunea că în Romania lipseşte o societate civilă activă şi puternică.

În România, înainte de instalarea comunismului care le-a desfiinţat, au existat societăţi profesionale şi ştiinţifice foarte active (ce scoteau reviste, organizau congrese) care s-au reînfiinţat după 1989, dar care au o activitate redusă (pentru care nu poate fi răspunzător numai statul), ţinând seama de numărul profesioniştilor ce a crescut între timp foarte mult.

Scanned with OKEN Scanner

Este interesant de semnalat că societatea civilă era prezentă în satul românesc interbelic. Mărturie stă un proces verbal de constituire din anul 1920:

„Proces verbal, astăzi 12 noiembrie 1920"

„Subsemnaţii locuitori din satul Cândeşti, comuna Cândeşti, judeţul Dâmboviţa, simţând trebuinţa ca prin înfrăţire, prin sfaturi şi întovărăşiri, să ne luminăm mintea spre cele de folos nouă şi ţării ne-am adunat azi 12 noiembrie în localul cooperativei Nălţarea, din acest sat şi am pus bazele casei de sfat şi cetire". Numele ales pentru casa de sfat şi cetire a fost „Viaţa Nouă".

După 1989 a luat fiinţă Fundaţia Culturală Română, cu o activitate meritorie mai ales în rândul românilor din diasporă şi care este finanţată de stat.

Statele democratice pot sprijini dezvoltarea societăţii civile prin crearea de condiţii cadru clare şi practice pentru organizaţiile nonguvernamentale, pot stimula prin avantaje fiscale susţinerea materială a asociaţiilor nonlucrative, pot asigura transparenţa proceselor de decizie şi pot încheia parteneriate cu organizaţiile neguvernamentale. Sprijinul statului şi al societăţii civile este reciproc şi, într-o societate ideală, prosperă împreună.

După Goethe, cea mai bună guvernare este cea care ne învaţă să ne guvernăm noi înşine. Statul trebuie să permită societăţii civile să-şi reglementeze singură interesele şi să pretindă în acelaşi timp ca fiecare individ să-şi aducă contribuţia în societate. „A încuraja şi a pretinde" este o maximă potrivită şi pentru prestaţia politică a societăţii civile[1.4].

[1.4] Gherhardt Schröder, *Deutschland*, 2000, 5, 18.

Scanned with OKEN Scanner

Statul rămâne un instrument indispensabil în îndrumarea societăţii civile spre structurile economiei moderne, către infrastructura necesară solidarităţii sociale şi dreptăţii sociale.

Dezvoltarea societăţii civile în ţările civilizate poate fi evaluată prin infrastructura organizatorică a societăţii civile – sectorul terţiar. În graficul din figura 1.1 este menţionată cota parte pe care o reprezintă sectorul nonprofit din totalul locurilor de muncă. În frunte se află Olanda, Irlanda şi Belgia, trei ţări mici europene în care statul şi sectorul terţiar cooperează în toate domeniile.În Germania, sectorul terţiar a crescut din 1990 până în 1995 cu 30%. El are o importanţă deosebită mai ales în domeniul ocupării forţei de muncă. În anii 90 lucrau în Germania în sectorul nonprofit 2,1 miioane de cetăţeni, adică 5% din totalul populaţiei active comparativ cu Olanda, Irlanda şi Belgia în care 10 % din populaţia activă este ocupată în sectorul terţiar. În Germania, cooperarea dintre stat şi sectorul terţiar se limitează numai la domeniile centrale ale asistenţei publice.

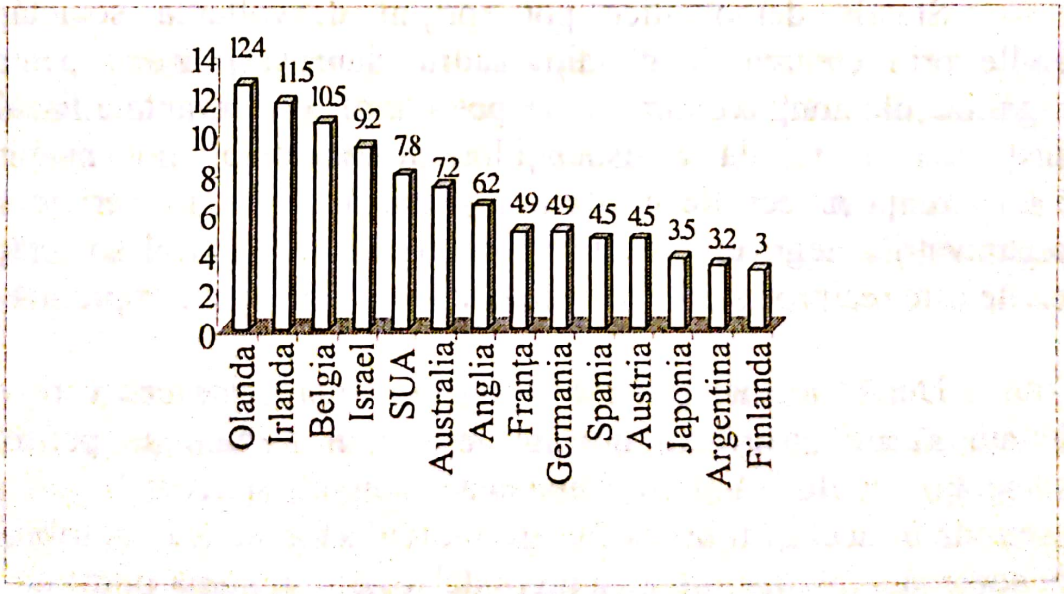


Fig. 1.1. Cota sectorului nonprofit din totalul locurilor de muncă[1.5]

[1.5] J. Hopkins, Comparative Nonprofit Sector Project , 1995.

Scanned with OKEN Scanner

Sectorul terţiar din Germania depinde mult de fonduri publice ceea ce este în contradicţie cu funcţia sa de societate civilă. Dar sectorul terţiar nu este legat numai de stat. Timpul de lucru investit în activităţi neplătite, benevole, în cadrul diferitelor organizaţii echivalează cu timpul de lucru al unui milion de locuri de muncă cu normă întreagă. Un cetăţean german din 3 (34%), în vârstă de peste 14 ani prestează benevol într-o formă sau alta o muncă onorifică, cu precădere în sectorul terţiar (80%) consacrând acestuia aproape 5 ore pe săptămână.

Prezenţa societăţii civile se manifestă mai întâi la nivel de cartier. De exemplu, părinţi care se îngrijesc de o alimentaţie sănătoasă în şcoli, militanţi ecologişti care demonstrează pentru protejarea naturii, tineri care în locul serviciului militar îngrijesc copii handicapaţi etc.

Organizaţiile neguvernamentale ale societăţii civile din România se ocupă mai ales de probleme politice, sociale şi culturale. Există un număr foarte mic de ONG-uri care se ocupă de probleme de sănătate comparativ cu ţările din Europa Apuseană. Dintre acestea s-au remarcat:

Action YSP, care lansează o campanie de prevenire a fumatului la tineri cu un program al acţiunilor şi cu prezentarea partenerilor.

Aer Pur România, care este o societate civilă de persoane fizice şi juridice cu specialităţi din diferite domenii care stabilesc cauzele provocării diferitelor acţiuni şi derulează programe de prevenire şi asistenţă medicală la domiciliul a bolnavilor cu insuficienţe respiratorii şi auditive cronice. Luptă împotriva cancerului, în special al celui provocat de aerul poluat şi de fumul de tutun.

Anti fumat, furnizează metode pentru renunţarea la fumat.

Anti fumat, anti nicotină, pro sănătate oferă remedii naturale pentru eliberarea de fumat şi o arhivă cu bolile produse de fumul tutunului.

Scanned with OKEN Scanner

Fumători sau nu, are o expunere critică despre fumat şi organizează iniţiative legislative asupra măririi taxelor la produsele din tutun.

No Tutun România, oferă indicaţii privind renunţarea la fumat şi teste ale dependenţei de nicotină.

Quit and Win este un comitet internaţional care organizează competiţii cu premii importante pentru cei care renunţă la fumat cum a fost cea din mai 2002.

Absenţa unor ONG-uri puternice care să se ocupe de problemele de sănătate în special de prevenirea tabagismului, alcoolismului şi a cariei dentare, face ca Ministerul Sănătăţii şi Familiei să finaţeze un *Program Naţional de Sănătate Publică, subprogramul de promovare a sănătăţii.* Conform acestui program, cele 42 de servicii de promovare a sănătăţii din cadrul direcţiilor judeţene de sănătate publică, desfăşoară campanii de informare, educare şi comunicare pentru prevenirea consumului de tutun. Este regretabil că acestea se fac simţite numai ocazional, ca de exemplu cu ocazia Zilei Mondiale fără Tutun.

Scanned with OKEN Scanner

2

TUTUNUL

2.1. ISTORIC

2.1.1. Descoperirea tutunului şi a proprietăţilor sale

În Antichitate grecii şi romanii fumau cu pipa şi, uneori, frunze rulate de piper, eucalipt sau alte plante, dar nu tutun, care nu era cunoscut în Europa.

Identificarea la mumia lui Ramses al II-lea*, a frunzelor de tutun printre alte plante care au servit la conservarea corpului, constituie o enigmă. La multe ipoteze s-a renunţat, păstrându-se cea conform căreia Egiptenii traversau oceanul Atlantic cu mult timp înainte de Cristofor Columb folosind mici ambarcaţiuni din papirus (ca Thor Hayerdal care a traversat Atlanticul în 57 de zile).

În America obiceiul fumatului era cunoscut cu peste 3000 de ani în urmă, atât in America de Sud cât si în America de Nord, pe valea fluviului Mississipi. Cu 1000 de ani înainte de Hristos, în America de Sud se foloseau pipele. Indigenii denumeau planta „petum". Numele de tabac provine fie de la numele insulei Tobago din arhipelagul micilor Antile, unde se cultivă, fie de la denumirea dată de indigeni pipelor lor. Incaşii şi aztecii fumau zilnic sau la marile sărbători religioase. După ei tutunul avea virtutea de a calma foamea şi de a lupta contra oboselii.

Cristofor Columb descoperind America, (28 octombrie 1492) a deschis porţile Europei la un număr mare de plante si

* Adusă în Franţa în anul 1976 pentru restaurare

Scanned with OKEN Scanner

comportamente necunoscute in Europa, cum sunt tutunul şi fumatul, precum şi unor boli necunoscute europenilor.

Tutunul era folosit de locuitorii din Cuba ca medicament contra viermilor intestinali, muşcăturilor de şarpe, ca otravă pentru săgeţi şi la fumat pe gură sau pe nas mai ales sub formă de frunze rulate. În timpul celui de al doilea voiaj condus de Amerigo Vespucci, în Venezuela, au fost întâlniţi indieni care mestecau tutun.

Primele plante de tutun au fost menţionate de Fernando Hernandez de Toledo, medicul regelui Filip II, care a fost trimis pentru a găsi plante noi. Către mijlocul secolului al XVI-lea tutunul a fost aclimatizat in Portugalia şi curând cultivat şi în Franţa. Jean Nicot de Villemain, Ambasadorul Franţei la Lisabona, a trimis în 1560 frunze de tutun tocate Catherinei de Médicis descriind tutunul ca o plantă medicinală capabilă să calmeze migrenele.

2.1.2. Răspândirea tutunului în Europa

În partea a doua a secolului al XVI-lea, tutunul se răspândeşte aproape peste tot în Europa datorită reputaţiei sale de plantă medicinală. Începe să se vândă sub formă de pudră şi apoi sub formă de suluri. Plantaţiile franceze şi engleze se dezvoltă in America de Nord, Antile si Cuba. Italia şi Malta descoperă planta miraculoasă. Spania o răspândeşte în Olanda. Turcia, Marocul şi chiar Japonia dezvoltă culturi. Datorită însă accidentelor provocate în mod progresiv de folosirea sa, tutunul este cunoscut ca un drog diabolic.

Folosirea pipei a ajuns în Europa, trecând prin Anglia care a adus-o din America. Sub Ludovic al XIII-lea se răspândeşte „prizatul”* în Franţa. Cardinalul Richelieu a instituit primul impozit pe tutun, iar Colbert in 1674 l-a transformat într-un privilegiu regal.

În 1642 Papa Urban al VII-lea a publicat o bulă contra tutunului.

* Aspirarea pe nas a tutunului

Scanned with OKEN Scanner

O luptă între partizanii şi duşmanii tutunului, mai virulentă decât cea de astăzi, a avut loc la sfârşitul secolului al XVI-lea şi în secolul al XVII-lea.

În 1618 regele Iacob I al Angliei, fiul Mariei Stewart, l-a decapitat pe Sir Walter Raleigh reproşându-i printre altele că a importat tutun din Virginia.

În Persia, şahul Abbas, referindu-se la Coran a tăiat nasul celor care prizau tutun şi buzele fumatorilor.

În Rusia ţarul Mihail Fedorovici, ameninţa fumatorii, la îndemnul Bisericii Ortodoxe , cu 60 de lovituri la tălpi, biciuire sau amputarea nasului.

Soldaţii lui Ludovic al XIV-lea au primit pentru prima oară tutun de trupă. Austro-Ungaria apoi Suedia l-a distribit puţin câte puţin soldaţilor.

În 1735 botanistul suedez Liné a folosit pentru prima oară termenul de nicotină.

În 1811 Napoleon a creat monopolul de stat pentru cumpărarea, fabricarea şi vânzarea produselor din tutun.

Fabricarea în 1843 a primelor ţigarete a marcat începutul expansiunii reale a fumatului. La mijlocul secolului al XIX-lea progresele tehnice de fabricare a ţigaretelor au permis tutunului să devină mai accesibil şi la un preţ mai acceptabil. Multe persoane au început să fumeze considerând aceasta de „bon ton". Fabricanţii şi chiar medicii au glorificat virtuţile tutunului la un public receptiv. El era prezentat nu numai ca un reducător de stress ci chiar, incredibil, ca un dezinfectant care atacă microbii prin fumizare. Ca şi în cazul alcoolului, folosirea tutunului şi-a croit drum către toate clasele socio-economice.

În anul 1877 a fost creată in Franţa Societatea contra abuzului de tutun.

Multă vreme fumatul a fost o îndeletnicire tipic bărbătească, dar la sfârşitul secolului al XIX-lea Lady Essex a fost prima femeie care a avut curajul să fumeze în public in saloanele Carlton de la Londra. În primele decenii ale secolului al XX-lea tabagismul a crescut brusc în majoritatea ţărilor europene şi a scăzut în anumită masură după anii '60.

Scanned with OKEN Scanner

Soldaţii americani sosiţi în anul 1944 în Europa, pentru eliberarea ei, au adus cu ei şi guma de mestecat şi fumatul ţigaretelor* blonde. Totodată şi-au început activitatea şi companiile de ţigarete americane în Europa. Dar consumul de tutun din această epocă reprezenta mai puţin de 5% din cel actual. Ţigaretele cu filtru, inventate în 1930, s-au comercializat după 1950 când au apărut primele studii epidemiologice care probau incontestabil toxicitatea tutunului.

In 1690, agronomul francez Jean de la Quintinie a descoperit proprietaţile insecticide ale tutunului iar extractul apos de tutun a servit timp de două secole la stropitul pomilor şi combaterea căpuşelor (păduchilor) oilor. Foarte eficient (datorită nicotinei), a fost scos din uz din cauza accidentelor provocate prin manipulare. Astăzi frunzele de tutun sau chiar ţigările sunt folosite în gospodării la combaterea moliilor.

În anul 1948, Sir Richard Doll, inventatorul epidemiologiei moderne, a început un studiu asupra medicilor englezi. El a selecţionat 34.000 de medici generalişti , bărbaţi, ca reprezentanţi ai populaţiei engleze. În fiecare an el interoga medicii asupra comportamentului lor tabagic şi asupra bolilor lor. În caz de decese obţinea informaţii asupra cauzelor deceselor. El a constatat curând că, în funcţie de tabagism, medicii prezentau un risc de 5, 10 sau 50 de ori mai mare de a fi atinşi de anumite boli decât nefumătorii. Studiul a durat 40 de ani. Datele şi-au pierdut treptat din valoare întrucât medicii, constatând riscurile, au încetat să mai fumeze. Dacă la început fumau 40% dintre medici, după 20 de ani fumau mai puţin de 10%. Pentru acest studiu şi altele asupra factorilor de risc, profesorul Richard Doll

---

* În limba română se foloseşte adesea denumirea de ţigară pentru produsul din tutun tocat, învelit în hârtie fină. Ea corespunde denumirii de ţigaretă din alte limbi.
După Le Petit Larousse 1998, „Ţigareta este un cilindru din tutun tocat învelit într-o hârtie fină" iar „ţigara (din spaniolă cigaro) este un rulou din frunze şi fragmente din tutun care se fumează."Pentru acest produs este folosită şi denumirea de ţigară de foi sau trabuc.

Scanned with OKEN Scanner

a fost înnobilat de către Regina Angliei Elisabeta a II-a, devenind Sir Richard Doll.[2.1]

Tutunul se cultivă astăzi la toate latitudinile din cele două emisfere. Aria sa de cultură este deci foarte vastă. Planta se adaptează la orice fel de sol, uşor, argilos, nisipos etc.

2.1.3. Pătrunderea tutunului pe teritoriile româneşti

În provinciile române, Muntenia, Moldova şi Transilvania, tutunul s-a răspândit mai greu decât în Europa Apuseană şi aceasta s-a făcut prin intermediul turcilor, în special în timpul domnitorilor fanarioţi. Doar aceştia îşi puteau permite să aibă un rob care să pregătească narghilelele prin care fumul de tutun era spălat într-un recipient cu apă parfumată înainte de a fi inspirat de fumător printr-un tub flexibil. Cu timpul narghilelele şi ciubucurile (pipe cu ţeava lungă) au devenit mai populare. În secolul al XVIII-lea, a fost amenajat la Bucureşti unul dintre primele localuri din Europa, in care se ofereau narghilele, ciubucuri şi cafea*. În anul 1808, cafenelele au fost desfinţate în întreg Imperiul Otoman din ordinul sultanului Selim III, el considerând că în acestea se adunau bârfitorii săi.

Contribuţia turcilor la răspândirea tutunului la noi este redată foarte sugestiv într-o strofă din „Cântecul redutei" de George Coşbuc**:

Noi strigam atunci din tun :
-„Ce fugiţi ca-n groaza furcii?
Staţi, şi daţi-ne tutun!"
Ei de stat n-au stat nici unul,
Dar ne-au azvârlit tutunul
C-aşa-i turcul, suflet bun.....

[2.1] *British Medical Journal*, 1964, 1399-1410.

* Din acea perioadă provin cuvintele cafegiu si tutungiu. Unora dintre fumătorii de ciubuc tutungiul le spăla cu o cârpă muştiucul (capătul tubului prin care se trăgea fumul), deoarece ciubucul era comun, serviciu pentru care se dădea un bacşiş care a fost numit apoi ciubuc şi respectiv ciubucar.

** George Coşbuc : Cântece de vitejie, 1898

Scanned with OKEN Scanner

În anii 1812, în Moldova, şi 1821, în Muntenia, au luat fiinţă primele fabrici rudimentare de prelucrare a tutunului[2.2]. Industrializarea tutunului fiind redusă, şi cultura sa se realiza pe suprafeţe restrânse pâna la Primul Război Mondial. În perioada interbelică, când s-a creat şi Regia monopolurilor statului, suprafeţele cultivate cu tutun au crescut până în 1930 ajungând la 35.000 hectare când au început să scadă oscilând între 10.000 şi 18.000 hectare anual. Pentru realizarea unor ţigarete superioare, s-a importat tutun şi foiţă din America cu care s-au realizat ţigaretele „Virginia", „Regale", „Carol", „Bucureşti", „RMS" etc. unele dintre ele fiind exportate.

Ţigările „Plugar" şi „Naţionale", obţinute după o reţetă de fabricaţie românească, au ajuns la un moment dat să fie exportate în Europa Occidentală. Ţigările franţuzeşti „Gitanes" se fabrică şi acum după reţetele fabricii de tutun din Bucureşti din perioada interbelică. În perioada comunistă au fost realizate ţigaretele „Snagov" destinate la început demnitarilor mai ales lui Gheorghe Gheorghiu-Dej şi lui Ion Gheorghe Maurer care nu doreau să consume „produse occidentale". Ulterior s-a dezoltat contrabanda cu ţigări occidentale „Kent", „Marlboro" şi „Winston" considerate produse de lux oferite mai ales drept ciubuc.

După 1989, producţia de ţigarete româneşti a scăzut foarte mult din cauza concurenţei ţigaretelor străine importate fără restricţii, a contrabandei cu ţigarete contrafăcute şi a scăderii producţiei de tutun devenită nerentabilă. De la 35.000 de hectare cultivate cu tutun în anul 1990 s-a ajuns la 10.000 hectare. Până în 1990 se exportau în Franţa 25 de tone de tutun pentru fabricarea ţigaretelor „Gauloises", export care a încetat. Producătorii multinaţionali au intrat pe piaţa autohtonă, dar folosesc tutun din import. Ei practică şi un export important în ţările vecine României. Singurul cumpărător al tutunului autohton este societatea Tutunul Românesc care acoperă doar o cincime

[2.2] Maximilian Popovici: Tutunul, Edit. F. Göbel Fii, Bucureşti, 1896.
P.E. Mihăescu: *Tutnul în trecutul Ţării Româneşti şi al lumii întregi*. Edit. Cartea Românească , 1931.

Scanned with OKEN Scanner

din cererea pieţei interne realizând numai 10% din câştigul firmelor străine care au investit în România.

În paralel cu răspândirea tutunului în lume s-au dezvoltat şi cercetări privind toxicitatea sa, consecinţele fumatului, riscurile reale legate de fumat. Un istoric al cercetărilor privind nocivitatea fumatului ar fi foarte greu, dacă nu imposibil de făcut.

Voi menţiona numai un fapt semnificativ. *British Medical Journal* a sărbătorit în anul 2000[2.3] 50 de ani de publicare a articolelor despre fumat şi sănătate. Primul articol publicat în 1950 de către Doll şi Hill[2.4] demonstrează că fumatul este un factor de risc important în producerea cancerului pulmonar. Până în anul 1999, revista a publicat 434 de articole privind riscurile fumatului şi mortalitatea în rândurile medicilor britanici în corelaţie cu fumatul.

Piaţa românească de produse din tutun este evaluată la 1.1 miliarde USD anual, suma provenind mai ales din vânzarea a 32 de miliarde de ţigarete.

Producţia de tutun este sub 8000 de tone annual, dar conform documentului de poziţie avansat Uniunii Europene în vederea negocierii dosarului agriculturii, România va mării producţia până la 21.000 de tone. Din fiecare gram de tutun se poate obţine o ţigaretă.

România rămâne o piaţă interesantă pentru producătorii şi distribuitorii produselor din tutun. Predicţiile Băncii Mondiale şi OMS au fost făcute înainte ca legea nr. 349 să fi intrat în vigoare, pe baza constatării că în ţara noastră există o slabă preocupare în privinţa politicilor de descurajare a fumatului. Dar estimările rămân valabile şi după intrarea în vigoare a legii, dacă ţinem seama de cum se aplică legea sau mai bine zis cum nu se aplică legea pentru prevenirea şi combaterea efectelor consumului produselor din tutun.

[2.3] *British Medical Journal*, 2000,7,2.

[2.4] Doll R, Hil AB. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *British Medical Journal*, 1950, ii, 739.

Scanned with OKEN Scanner

Producţia mondială a ajuns astăzi la aproximativ 7 miloane de tone de tutun pe an. China se află pe primul loc cu o producţie de 2,5 milioane tone, reprezentând 36%, urmată de SUA cu 735.000 tone, 10%, India cu 635.000 tone şi de Brazilia cu 442.000 tone.

Ar trebui ţinut cont de faptul că există producţii locale neînregistrate, ca de exemplu în China. Cantitatea depinde de momentul cântăririi în ciclul de producţie, când este livrat de agricultor (când are 90% umiditate) după fermentare, sau pregătit de ambalare (când are 12% apă).

2.2. COMPOZIŢIA FUMULUI DE TUTUN

2.2.1. Ţigareta, o retortă chimică

Tutunul uscat, obţinut din diferite soiuri de plante denumite *Nicotina tabacum*, modificate genetic pentru a conţine cât mai multă nicotină, are o compoziţie chimică complexă, variabilă după soiul de plante, origine, mod de preparare şi aditivii folosiţi.

Tutunul conţine circa 1000 de compuşi chimici, dar fumul de tutun provenit din arderea ţigaretelor conţine 4000 de compuşi dintre care 60 se presupune a avea acţiune cancerigenă.

Ţigareta se poate asemăna cu o retortă chimică în care fumatorul îşi prepară substanţele nocive ce acţionează împotriva sa.

Multă vreme s-a crezut că nicotina este singurul compus toxic al tutunului şi al fumului produs prin arderea acestuia. Ulterior s-a constat că prin ardere compuşii chimici din tutun se transformă dând naştere altor compuşi, unii dintre ei foarte toxici,

Scanned with OKEN Scanner

printre care figurează, oxidul de carbon*, hidrocarburile aromatice policiclice cancerigene şi compuşi iritanţi ai aparatului respirator. Transformări similare compuşilor naturali din tutun suferă şi adjuvanţii adăugaţi în timpul prelucrării tutunului cum sunt umectanţii şi aromele.

În timpul arderii unei ţigarete, prin aspirare de aer, în zona arderii se ating temperaturi de peste 800° C. Se consumă oxigen cu formare de dioxid de carbon, dar în imediata vecinătate oxigenul devine insuficient şi are loc o ardere incompletă cu formare de monoxid de carbon. Gazele arse, care circulă de la zona aprinsă spre filtru, încălzesc masa de tutun la temperaturi ce scad de la zona aprinsă spre filtru . În prima zonă , vecină zonei de ardere, temperaturile pot fi de peste 500° C, când se produc reacţii de piroliză şi de cracare cu ruperea legăturilor C-H şi C-C cu formare de carbon şi compuşi reactivi. În zona vecină următoare, cu temperaturi sub 500° C, se produc reacţii de izomerizare şi distilări ale compuşilor volatili. Produsele realizate trec prin filtru şi sunt inspirate ca fum (primar).

Un alt produs al arderii tutunului este cenuşa.

Fumul din tutun este un aerosol format dintr-o fază gazoasă, o fază solidă şi una lichidă, foarte fine, care asigură pătrunderea în alveolele pulmonare şi în toată circulaţia sanguinaă a organismului. El este un amestec de produse toxice reprezentând un *aer contaminant* aproape perfect.

Fumul de tutun conţine patru tipuri de compuşi, mai ales nocivi, ale căror efecte toxice se conjugă: nicotina, monoxidul de carbon, gudronul şi anumiţi compuşi iritanţi cum este oxidul de azot.

2.2.2. Nicotina

Nicotina este principalul alcaloid din frunzele de tutun în care se găseşte ca sare a acizilor citric şi malic.

* N.Gh. Lupu, Iancu Gonţea, P. Şutescu, Cercetări referitoare la efectele fumului de tutun şi la acţiunea nicotinei şi oxidului de carbon asupra consumului de oxigen. Edit. Academiei, 1949

Scanned with OKEN Scanner

Frunzele de tutun uscate conţin 2-8% nicotină.

A fost izolată de către Posselt şi Reimann în anul 1828 iar sinteza sa a fost realizată de Pictet în anul 1913.

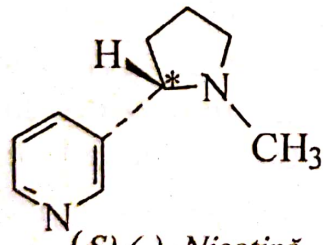
Nicotina este răspândită fie în produsele din tutun folosite ca droguri fie în medicamente folosite la sevraj (Tab. 2.1.)

Tabelul 2.1

Surse de nicotină[2.5]

Sursa	Conţinut (mg)	Eliberat (mg)
1 ţigaretă întreagă	13-30	0,5-2
1 muc de ţigaretă	5-7	
1 ţigară (de foi)	15-40	0,2-1,0
1 g tutun de prizat	12-16	2,0-3,5
1g tutun de mestecat	6-8	2,0-4,0
1 bucată gumă de mestecat	2 sau 4	1,0-2,0
1 plasture cu nicotină	8,3-114	5 -22/24 h
1 spray nazal cu nicotină	0,5	0,2-0,4

Molecula sa conţine un nucleu piridinic şi altul pirolidinic puse în evidenţă prin oxidare.



(S)-(-)- Nicotină

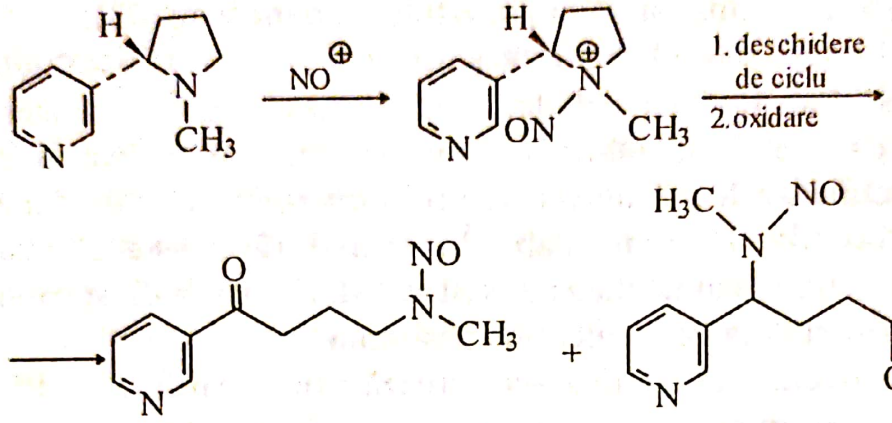
Nicotina este un compus uleios, (temperatura de fierbere 247° C), incolor, cu miros neplăcut, solubil în apă şi solvenţi organici, levogir. Este un excitant al sistemului nervos central şi periferic în cantitaţi mici; în cantităţi mari produce depresie, greaţă, vomă şi are acţiune paralizantă. Doza letală umană este de 40 mg/kgc.

Fumatul este posibil pentru că nicotina este transformată în organism în compuşi netoxici sau mai puţin toxici şi de aceea nu se acumulează. Cu mare probabilitate, unii alcaloizi din tutun,

[2.5] Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, Mc. Graw-Hill, 1998

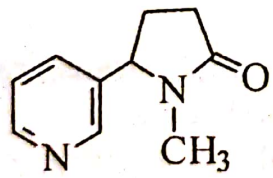
Scanned with OKEN Scanner

inclusiv nicotina, sunt transformaţi în nitrozamine cancerigene. În cazul nicotinei se consideră că iniţial se produce o nitrozare la azotul pirolidinic, urmată de oxidare cu deschidere de ciclu si formarea unui amestec din două nitrozamine, foarte cancerigene.

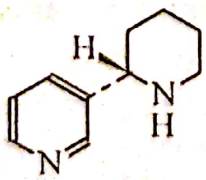


Prin protonarea oxigenului grupei nitrozo, aceşti compuşi devin *agenţi alchilanţi* foarte reactivi care pot transfera grupe metil către părţile nucleofile ale biopolimerilor (cum este ADN).

Pe lângă nicotină în tutun se găsesc şi alţi alcaloizi cum sunt *nicoteina, nicotimina, nicotelina, pirolidina, anabazina, miozina, N-metilmiozina* şi *nicotirina*, care împreună reprezintă1,8 până la 6%.



Cotinina este un metabolit al nicotinei deosebit de cancerigen.



Anabazina este un alcaloid cu nucleu piridinic, izomeră cu nicotina. Se găseşte în cantităţi mici în tutun. Este şi ea levogiră .

Nicotina este una dintre otrăvurile cele mai violente.

Fiecare inhalare de fum conţine o cantitate suificientă de nicotină pentru a omorî un şoarece prin injectarea ei.

Scanned with OKEN Scanner

Astăzi existenţa câtorva pachete de ţigarete în şifonier asigură protecţia împotriva moliilor.

De aceea multă vreme extractele apoase de nicotină* din deşeurile de tutun au fost folosite ca insecticid, îndeosebi pentru combaterea căpuşelor oilor. Fiind prea toxice şi periculoase la manipulare pentru om, s-a renunţat la folosirea lor (pag. 28).

O doză de 30-50 mg este suficientă pentru a omorî un om**. 80% din nicotina inhalată este reţinută de organism. Inhalarea, cu fumul de tutun în cantităţi mici, are consecinţe grave. Nicotina se leagă de receptorii colinergici centrali după numai 7 secunde de la inhalare. În primul rând este afectat creierul, cu acţiune calmantă sau excitantă după starea de spirit a fumătorului şi cantitatea de nicotina absorbită.

S-a dovedit că nicotina accelerează ritmul cardiac cu 15-20 de bătăi pe minut şi că produce o scădere a temperaturii cutanate ca urmare a contracţiei micilor artere. Aceasta este şi la originea unor accidente vasculare, cardiace şi mai ales cerebrale.

Nicotina provoacă un spasm al micilor bronhii ducând la o jenă respiratorie care poate atinge nivelul astmatic. Ea este responsabilă de dependenţa tabagică şi de toxicomania care o însoţeşte. Nicotina este aditivă. Ca şi pentru alte droguri, este nevoie de cantităţi crescânde pentru a obţine acelaşi efect. Astfel se trece în câteva luni de la folosirea ocazională, la obişnuinţă şi apoi la dependenţă.

Nicotina are efecte dezagreabile, greaţă, transpiraţie abundentă, vomă, dar corpul se obişnuieşte repede cu ele.

Nivelul nicotinei conţinute în fumul de ţigaretă este indicat în unele ţări pe pachet. El este cuprins astăzi între 0,5 şi 2 miligrame pe ţigaretă depinzând de marca ţigaretei. Fumătorul

*Extracţia nicotinei din tutun se realizează astăzi cu CO_2 supercritic, care nu poluează, este fiziologic inofensiv, inert chimic, neinflamabil, cu capacitate mare de dizolvare în vecinătatea parametrilor săi critici (73,75 bar şi 30,9° C), este ieftin şi se poate recupera uşor.

** În anul 2002, a fost adusă la Institutul Medico-Legal din Bucureşti o femeie care s-a sinucis cu o cantitate mică de nicotină sustrasă de la laboratorul în care lucra.

Scanned with OKEN Scanner

care nu inhalează fumul nu absoarbe decât o mică cantitate de nicotină, dar când inhalează profund, cantitatea absorbită poate atinge 95%, ea trecând în sânge. La sfârşitul unei zile, un fumător a absorbit deja doza mortală de 30-50 mg. Ficatul a eliminat-o (metabolizat-o) însă pe măsură ce a fost absorbită.

Înghiţirea de tutun poate fi la fel de periculoasă şi chiar mortală pentru un copil care a ingurgitat doza de nicotină conţinută într-o singură ţigaretă. Dar înghiţirea de tutun provoacă astfel de vomismente încât stomacul nu reţine decât o parte.

Aşa cum spun experţii OMS „ *Trebuie bine înţeles că nicotina este un drog şi un drog puternic*". „*De altfel industria tutunului o ştie foarte bine. Se regăseşte chiar în propriile ei documente, care arată că ţigareta nu este decâ un suport pentru acest drog*".

2.2.3. Oxidul de carbon

Oxidul de carbon se formează prin combinarea carbonului sau a compuşilor organici ai carbonului cu o cantitate insuficientă de oxigen sau prin disocierea dioxidului de carbon la temperatură înaltă.

$$2\,C + O_2 \rightleftharpoons 2\,CO$$

Structura moleculară a oxidului de carbon poate fi prezentată cu o dublă legătură $\sigma\pi$ între C şi O sau cu triplă legătura $\sigma 2\pi$

Oxidul de carbon este foarte toxic. O concentraţie în aer de 0,1% în volum este periculoasă după un timp, dar una de 1% este mortală după câteva minute. Foarte frecvente sunt astăzi intoxicaţiile produse cu gaze emanate de la instalaţiile de încălzire din apartamente, incorect montate.

Intoxicaţiile fumătorilor cu *oxid de carbon* (CO) sunt cronice şi nu provoacă imediat decese. CO este generator de

Scanned with OKEN Scanner

hipoxie în toate ţesuturile în competiţie cu oxigenul. El reacţionează cu hemoglobina (Hb) din sânge, cu formarea de carboxihemoglobină, analogă cu oxihemoglobina (HbO_2) dar mai stabilă.

$$Hb + CO \rightleftharpoons HbCO \quad ; \quad Hb + O_2 \rightleftharpoons HbO_2$$

Când aerul conţine 0,07% vol. CO, jumătate din hemoglobina din sânge este transformată în timp de o oră în carboxihemoglobină ea nemaiputând îndeplini funcţia normală de transportor al oxigenului de la plămâni la capilarele din ţesuturi. O suboxidare antrenează un risc de accidente grave, risc mărit în cursul efortului fizic.

Oxidul de carbon este un puternic agent vasoconstrictor, factor de îmbătrânire a pereţilor vasculari. Se vorbeşte de „stress vascular" cu manifestări clinice: extremităţi reci (mâini şi picioare), gâfâială rapidă la efort, riduri accentuate, un ten palid, o întârziere a proceselor de cicatrizare etc.

Cu ajutorul fotografiilor realizate cu aparate cu radiaţii infraroşii s-a văzut cum se repartizează căldura, în mâna subiectului. După câteva inspiraţii de fum de ţigaretă, sângele părăseşte degetele. La o mână normal irigată, sub acţiunea nicotinei, vasele se contractă şi temperatura cutanată scade. Pe fotografii degetele se şterg puţin câte puţin. Aceste efecte de scurtă durată se repetă cu fiecare ţigaretă, de 7300 de ori pe an la cei sau cele care fumează un pachet pe zi şi pot provoca tulburări durabile în circulaţia sângelui.

Ţesuturile şi organele marilor fumatori primesc cu până la 15% mai puţin oxigen. O persoană sănătoasă nu resimte practic nimic la repaus, dar un sportiv sau un cardiac are nevoie de anumite rezerve de oxigen. Nefumătorii au o mai bună activitate respiratorie, mai ales când practică sporturi de performanţă. Un test efectuat pe recruţi de 19 ani a arătat că fumatul, după câţiva ani provoacă o scădere a performanţelor în funcţie de numărul de ani de fumat şi numărul de ţigarete. La un marş de 12 minute , nefumatorii au parcurs o distanţă medie de 2600 metri în timp ce

Scanned with OKEN Scanner

fumătorii, care consumau de patru ani un pachet de ţigarete pe zi, au parcurs cu 300-400 metri mai puţin.

2.2.4. Gudronul

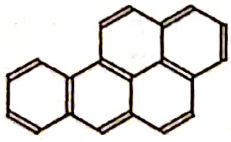
Similar cu produsele lichide rezultate la distilarea uscată (cocsificare) a cărbunelui şi a lemnului, care au fost numite gudroane şi produsul lichid rezultat la degradarea termică a tutunului şi ingredienţilor lui, cu compoziţie similară, a fost numit tot gudron.

Gudronul rezultat din tutun este un produs lichid, uleios, urât mirositor, conţinând peste 40 de compuşi cancerigeni.

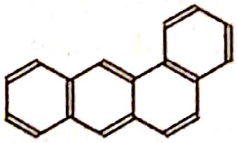
Prima observaţie a unui cancer uman provocat de astfel de compuşi a fost făcută de chirurgul englez Percival Pott în anul 1775, care a constatat predispoziţia coşarilor pentru cancer la scrot.

Cantitatea de gudron poate fi determinată în funcţie de condensarea componenţilor fumului. De aceea gudronul este numit de fabricanţi, într-un mod mai puţin respingător, *condensat*, pe anumite pachete de ţigarete. Cantitatea de gudron este cuprinsă între 0,5 şi 25 mg pe ţigaretă. Această cantitate absorbită de către fumător depinde de modul în care fumează, mai ales de profunzimea inhalării.

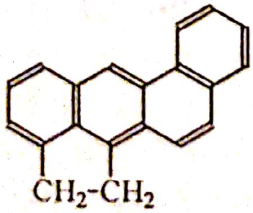
Dintre compuşii gudronului, cei mai importanţi sunt hidrocarburile aromatice policiclice, care au acţiune cancerigenă.



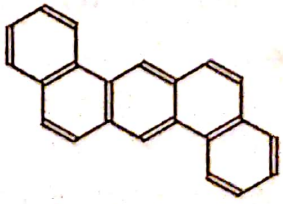
3,4-Benzpiren



1,2-Benzantracen



Colantren



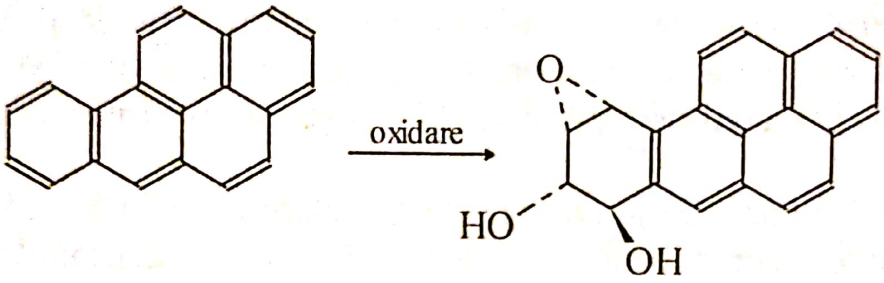
1,2,5,6-Dibenzantracen

Scanned with OKEN Scanner

S-a constatat că şi antracenul şi fenantrenul, din inactivi devin cancerigeni prin introducerea unei grupe metil în una din poziţiile 9 sau 10.

Colantrenul şi 6-metilcolantrenul au cea mai ridicată activitate cancerigenă.

Cea mai studiată dintre aceste hidrocarburi este benzo[a]pirenul care este transformat cu ajutorul unor enzime (oxidaze) din ficat în 7,8-dihidroxi-9,10-epoxi-7,8,9,10 tetrahidrobenzo[a]piren, care produce mutaţii ce duc la creşterea necontrolată a unor celule.



Se consideră că transformarea cancerigenă se produce când azotul aminic din guanină, care face parte din ADN, atacă nucleofil nucleul epoxidic ceea ce face ca structura unei perechi de baze a ADN să se rupă cu consecinţe asupra replicării ADN; are loc o mutaţie a codului genetic.

Hidrocarburile aromatice policiclice sunt factori cancerigeni pe tot traiectul parcurs de fumul de tutun: buze, limbă, faringe, laringe, bronşii, şi pe căile de eliminare : rinichi, vezică.

Contrar cazului nicotinei, efectele gudronului nu pot fi observate imediat. El se depune în principal pe căile respiratorii şi în plămâni, dar efectele dăunătoare nu se manifestă decât pe termen lung.

Scanned with OKEN Scanner

2.2.5. Compuşi iritanţi

Compuşii din diferite clase şi grupe chimice ca fenoli, hidrocarburi aromatice monociclice, uretani, toluidine etc. agresează întregul aparat respirator.

Gâtul fumătorului este roşu, tumefiat, tapisat cu secreţii.

Cilii vibratori ai mucoasei respiratorii sunt paralizaţi de o doză infimă de fum de tutun. O singură ţigaretă este suficientă pentru a bloca cilii vibratori timp de patru zile.

Celulele de apărare ale aparatului respirator sunt blocate sau diminuate.

Rezultă o încărcare a căilor respiratorii şi o reducere a puterii de apărare a aparatului respirator contra infecţiilor şi a altor poluanţi atmosferici.

2.2.6. Aditivi

Pentru a avea anumite arome, tutunul trebuie uscat cu atenţie, proces în cursul căruia se produce o anumită fermentaţie.

Urmărind schimbarea gustului, s-au adăugat tutunului alte substanţe, zaharuri şi substanţe naturale aromate, de exemplu cacao. Aceste substanţe au un efect îndulcitor sau bronhodilatator contribuind la a fuma în plus.

La sfârşitul celui de al doilea război mondial, Europa eliberată a descoperit gustul american.Ţigaretele brune cu gust acru au cedat locul celor blonde aromatizate. Începe secretul bine păstrat al industriei tutunului: compoziţia aditivilor . În fabricile europene care fabrică sub licenţă, „sosul" se aduce direct din SUA şi nimeni nu cunoaşte reţeta.

Astăzi singura informaţie pe care o cunoaştem este lista aditivilor autorizaţi pentru folosirea în ţigarete, o listă cu 599 de substanţe. În afară de fabricanţi, nimeni nu ştie care sunt aditivii folosiţi pentru o anumită marcă, în ce cantitate şi cu ce scop.

La toate întrebările industria răspunde că este vorba de substanţe autorizate folosite numai pentru obţinerea unui gust inimitabil al produselor sale. Când aceste produse, ca zaharuri,

Scanned with OKEN Scanner

extract de vanilie, suc de prune şi oţet, recunoscute ca sigure în industria alimentară, sunt arse, ele trec în anumiţi compuşi adiţionali, poate mai puţin otrăvitori decât nicotina.

Redăm aici, pentru ilustrare, numai aditivii de la litera a în număr de 45 pentru a evidenţia natura acestora. Se păstrează denumirea în limba engleză.(Tab. 2.2.)

Din tabel se observă că se folosesc într-adevăr unele uleiuri eterice care pot influenţa aroma. Sunt menţionaţi şi compuşi anorganici, care nu cred că pot îmbunătăţii aroma ţigaretelor, ca: amoniacul, hidrogenocarbonatul de amoniu,

Tabelul 2.2

Acetanisole	Ammonium Phosphate Dibasic
Acetic Acid	Ammonium Sulfide
Acetoin	Amyl Alcohol
Acetophenone	Amyl Butyrate
6-Acetoxydihydrotheaspirane	Amyl Formate
2-Acetyl-3-Ethylpyrazine	Amyl Octanoate
2-Acetyl-5-Methylfuran	Alpha-Amylcinnamaldehyde
Acetylpyrazine	Amyris Oil
2-Acetylpyridine	
3-Acetylpyridine	Trans-Anethole
2-Acetylthiazole	Angelica Root Extract, Oil and Seed Oil
Aconitic Acid	Anise
dl-Alanine	Anise Star, Extract and Oils
Alfalfa Extract	Anisyl Acetate
Allspice Extract	Anisyl Alcohol
And Oil	Anisyl Formate
Allyl Hexanoate	Anisyl Phenylacetate
Allyl Ionone	Apple Juice Concentrate, Extract and Skins
Almond Bitter Oil	Apricot Extract and Juice Concentrate
Ambergris Tincture	1-ArginineAsafetida Fluid Extract and Oil
Ammonia	Ascorbic Acid
Ammonium Bicarbonate	1-Asparagine Monohydrate
Ammonium Hydroxide	1-Aspartic Acid

Scanned with OKEN Scanner

fosfatul şi sulfura de amoniu, hidroxidul de amoniu. Există mulţi compuşi cu nucleu benzenic care, prin piroliză, pot trece în hidrocarburi aromatice polinucleare.

Pentru a fi admisă pe lista de aditivi autorizaţi în toată Europa, este suficient ca substanţa să fie acceptată într-o singură ţară a Uniunii Europene.* Fiecare aditiv este evaluat pe baza netoxicităţii alimentare şi nu se are în vedere în ce se transformă în urma proceselor de cracare şi piroliză.

2.3. PREVALENŢĂ

2.3.1. Prevalenţa tabagismului în lume

Tutunul este un instrument al morţii în faţa căruia nu poţi rămâne neutru. Pe parcursul câtorva secole fumatul a fost şi din nefericire a rămas un flagel al societăţii umane făcând inconştient victime.

În ţările occidentale, după o susţinută campanie antitutun numărul fumătorilor este în continuă scădere. În schimb creşte numărul fumătorilor din fostele ţări comuniste, producătorii occidentali găsind aici o vastă piaţă de desfacere. După OMS** la un fumător din occident care abandonează fumatul apar trei noi fumători în estul Europei.

În Europa Occidentală procentul fumătorilor a scăzut de la 45% din anii 70 la 30%. Se constată însă o creştere, la începutul secolului XXI, a procentului de fumători la fete.

Nici o ţară nu a atins scopul fixat prin Planul de acţiune asupra tutunului al OMS de a ajunge la 80% nefumători în anul 1995.

---

* http://www.tsr.ch/emission/abc/archive/01/011023.html

** Organizaţia Mondială a Sănătăţii. Creată în 1946. Este un organism specializat al ONU. Are sediul la Geneva.

Scanned with OKEN Scanner

Conform unor statistici, un număr mare de fumători se înregistrează în comunităţile cu nivel igienic, economic, cultural şi financiar redus.

În ţările dezvoltate se constată că mai fumează mai ales persoanele cu o educaţie (instruire) modestă.

În ultimii cinci ani nivelul tabagismului s-a stabilizat, în ansamblu, în Regiunea Europeană, la 30% (38% pentru bărbaţi şi 23% pentru femei), dar fumătorii sunt tot mai numeroşi ca urmare a creşterii populaţiei. Astăzi 215 milioane de europeni de peste 15 ani fumează regulat (130 milioane de băieţi şi bărbaţi şi 85 milioane de fete şi femei).

O acţiune de promovare agresivă dusă de industria tutunului în partea orientală a Europei, în special asupra tinerilor, femeilor şi defavorizaţilor, neutralizează scăderea consumului obţinută în multe ţări din partea occidentală.

Pe glob încep să fumeze în fiecare zi între 82000 şi 92000 de tineri. În fiecare an sunt fabricate 5000 de miliarde de ţigarete. Două treimi din totalul producţiei de tutun este asigurată de cinci ţări: Brazilia, China, SUA, India şi Turcia.

Aproximativ 1,1 miliarde de oameni fumează dintre care 80% trăiesc în ţări cu venituri mici sau medii.

Studiile efectuate în diferite ţări arată că în majoritatea cazurilor, fumatul începe în timpul adolescenţei şi chiar înainte. Fumatul devine o programare psihică de care nu se poate scăpa pentru că nicotina dă dependenţă. Această constatare l-a determinat pe dr. David Kessler, comisar al Food and Drug Administration din SUA să declare: *„Nicotinodependenţa începe foarte adesea din adolescenţă şi se poate vorbi întradevăr de o maladie pediatrică."*

În Europa tabagismul a regresat mult între 1980 şi 1990 dar aceasta nu s-a mai petrecut la începutul secolului al XXI-lea.

În figura 2.1 sunt trecute procentele fumătorilor din 22 de ţări în care se fac statistici şi care prezintă mai mult interes. Se constată că pe primul loc se află Rusia cu 67% urmată de Turcia cu 55% fumatori. Cel mai puţin fumează egiptenii (22%) urmaţi de americani (din SUA) (24,7%). În România procentul de

Scanned with OKEN Scanner

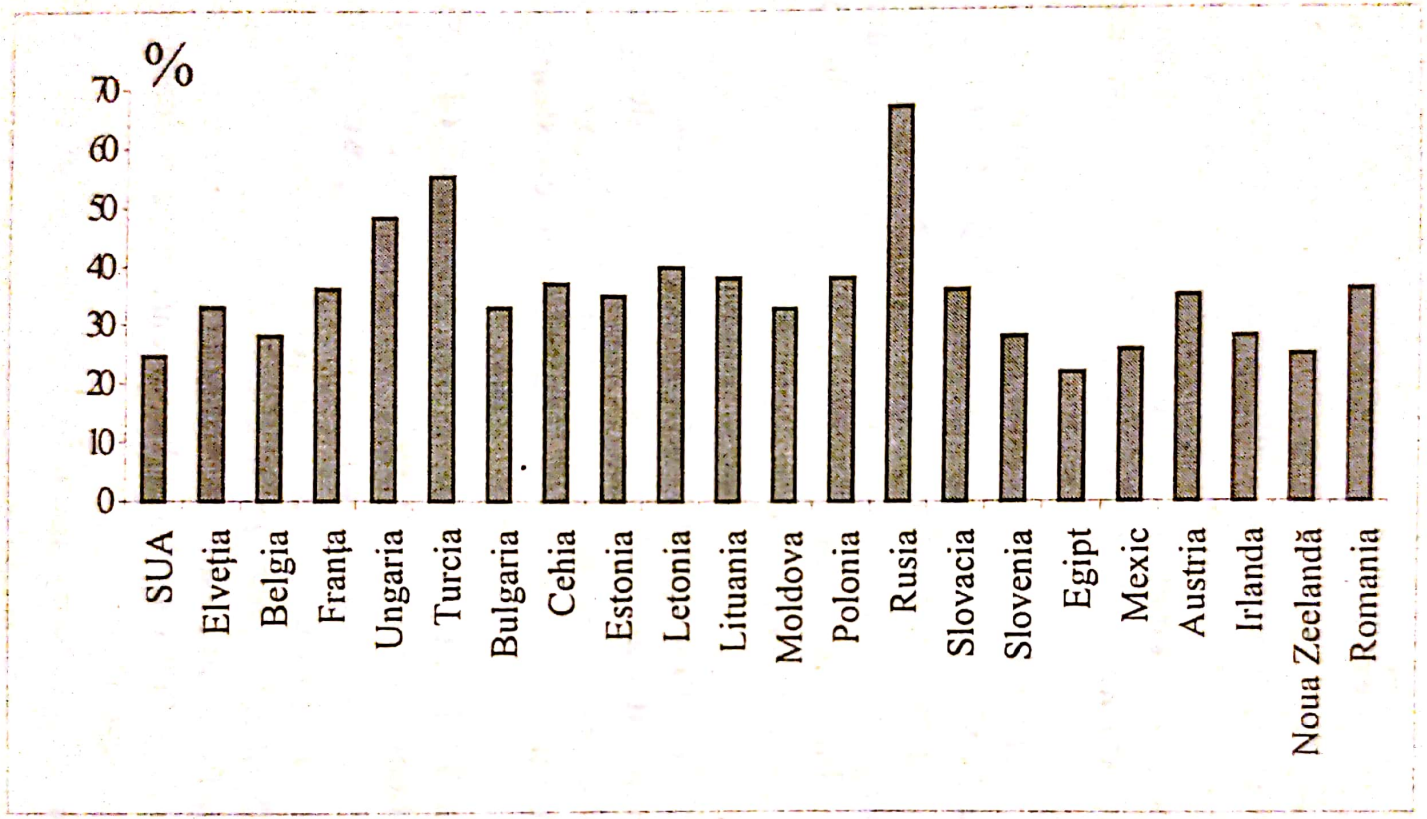


Fig. 2.1. Prevalenţa fumatului [2.5]

[2.5] După statistici neoficiale, în Republica Moldova există 75% fumători. N. Gheorgiţă, *Capitala*, mai 2001 http://www.iatp.md.mediu-sănătate/presa/Fumatul%pasiv.html

Scanned with OKEN Scanner

fumători este ridicat (36%) fiind depăşit doar de cel din Ungaria (48%), Cehia (37%), Letonia (40%) şi Lituania (38%).

În Statele Unite, erau în anul 1997, 48 de milioane de fumători adulţi , începând cu vârsta de 18 ani (24,7% bărbaţi şi 22,7% femei).

Procentul de fumători adulţi a scăzut dramatic de la 42% în 1965 la 25,5% în 1994. În această perioadă nivelul fumatului la bărbaţi a scăzut de la 52% la 28% iar la femei de la 34% la 23%.

Datele din 1993 (25,0%), 1994 (25,5%), 1995 (24,7%) şi 1997 (24.7%) arată că fumatul la adulţi a rămas neschimbat în SUA. Fumătorii între 25 şi 44 de ani aveau cea mai ridicată prevalenţă, dar în 1997, fumătorii cu vârste între 18 şi 24 ani şi cei între 25 şi 44 ani au aceeaşi prevalenţă, 28,7% şi respectiv 28,6%.

Prevalenţa fumatului la tineri adulţi de 18-24 ani a fost de 25,85 în 1993, de 24,8% în 1995 şi de 28,7% în 1997. Cu toate că schimbările în prevalenţa fumatului nu sunt statistic semnificative, datele sugerează că prevalenţa poate creşte la tineri adulţi. Nu sunt schimbări semnificative statistic la adulţi de 25-44 de ani pentru aceeaşi perioadă (29,2% în 1993 şi 28,6 în 1995 şi 1997) în SUA.

Prevalenţa fumatului a fost mai mare la indienii americani (34,1%), americanii africani (26,7%) şi albi (25,3%) decât la hispanieni (20,4%) şi asiatici/insulari din Pacific (16,9%). Prevalenţa fumatului la diferitele rase/etnii rămâne constantă în ultimii ani.

Adulţii cu 9-11 ani de şcoală au o prevalenţă (35,4%) mai ridicată decât cei cu 16 sau mai mulţi ani de şcoală (11,6%).

În anii 1996-1997, 28,6% dintre canadienii de peste 15 ani fumau. Nivelul cel mai ridicat a revenit celor de 20-24 de ani, 35,1%, iar mai scăzut celor peste 75 de ani, 11,2%.

Prevalenţa fumatului este mai mare la adulţii care trăiesc sub nivelul de sărăcie (33,3%) decât la cei care trăiesc deasupra nivelului de sărăcie (24,6%).

În Canada, vânzările de tutun, în 1997 au scăzut cu 5,8% faţă de 1996.

Scanned with OKEN Scanner

În Statele Unite numărul femeilor fumătoare în timpul sarcinii a scăzut cu o treime între anii 1990 şi 1999[2.6].

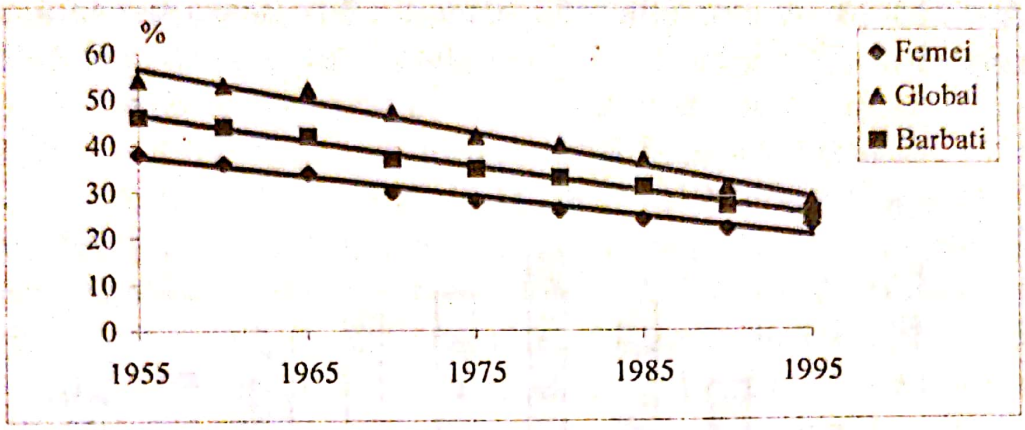


Fig.2.2. Scăderea prevalenţei fumatului în SUA

În China sunt 300 milioane de fumători. China este cea mai mare consumatoare de ţigarete din lume, ceea ce trezeşte interesul societăţilor internaţionale producătoare de tutun şi îi preocupă pe responsabilii sănătăţii publice

În Franţa în timp ce tabagismul masculin regresează, cel feminin nu încetează să crească ajungând la 38% astfel că diferenţa între fumatul celor două sexe nu mai este decât de 8 puncte, în timp ce în 1997 era de 30. Fetele de 14-15 ani fumătoare sunt mai numeroase decât băieţii fumători în anul 2000.

După barometrul sănătate[2.7], în anul 2000 fumau 40% dintre bărbaţi şi 31,7% dintre femei .

Prevalenţa tabagismului în Franţa scade global cu vârsta (plecând de la 25-34 ani la bărbaţi). Ea este egală (pentru cele două sexe împreună) respectiv cu 48,9% (18-24 ani), 52,3% (25-34 ani), 39,7% (35-44 ani), 20,2% (50-64 ani), 14,1% (de la 65

[2.6] Centers for Disease Control and Prevention. Press Release, 28.08.2001
[2.7] http://www.courriermedical.com/2002031902.shtml

Scanned with OKEN Scanner

ani). O scădere a numărului de fumători este observată în mod global după anii '70[2.8].

După o statistică realizată în Canada pe 5000 de băieţi şi fete de 15-18 ani a rezultat că 1 băiat din 3 fumează şi 1 fată din 2 fumează.

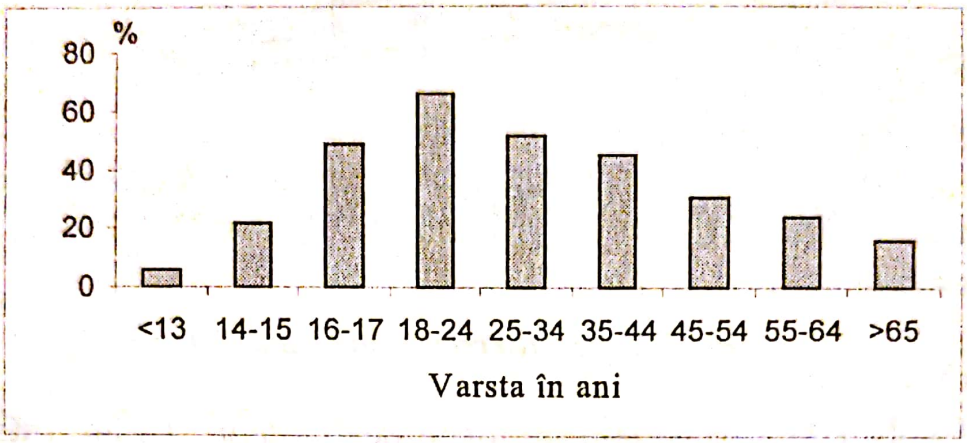


Fig. 2.3 Distribuţia fumătorilor în funcţie de vârstă în Franţa

Consumul de ţigarete în Elveţia de către persoanele de peste 15 ani a atins un apogeu la începutul anilor '70 cu 3700 de ţigarete pe persoană şi pe an, apoi a scăzut la 2800 ţigarete pe

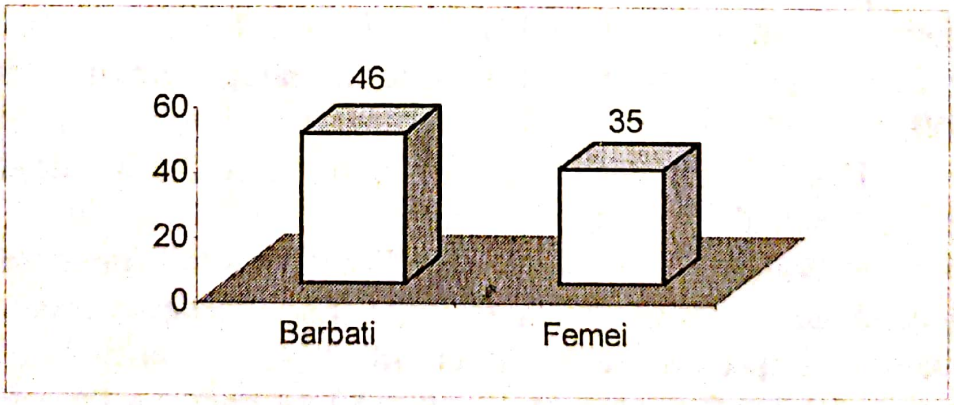


Fig. 2.4. Distribuţia fumătorilor pe sexe la adulţi în Franţa

[2.8] *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire* No.17, 1998.

Scanned with OKEN Scanner

persoană şi pe an în 1994. În timpul anilor '80 procentul de fumători a scăzut de la 37% în 1980 până la 31% în 1992, dar a crescut iarăşi atingând 33% în 1997 datorită mai ales tinerilor şi femeilor. Din anii '90 numărul fumătorilor a rămas relativ constant, la o treime din populaţie (27% femei şi 38% bărbaţi). În timp ce numărul consumatorilor de tutun de peste 25 de ani se reduce, cel al tinerilor, mai ales de 15-19 ani a crescut dramatic. Această creştere a avut loc de la 29% în1992 la 41% în 1997 pentru băieţi şi de la18% la 39% pentru fete (la aceeaşi vârstă). Se observă aceeaşi tendinţă la elevi. Între 1994 şi 1998 fumătorii cu cel puţin o ţigaretă pe săptămână de 15 ani s-au înmulţit cu cel puţin 10% la băieţi şi 5% la fete. Astăzi cel puţin 25% din elevii de 15 ani fumează minimum o dată pe săptămână.

În Belgia 28% din populaţie fumează. În intervalul de vârstă 25-69 de ani există chiar 48% fumători şi 31% fumătoare.

La16 ani, 30% din tineri fumează şi cei mai tineri sunt victimele tabagismului pasiv acasă, fenomen foarte frecvent în familiile defavorizate.

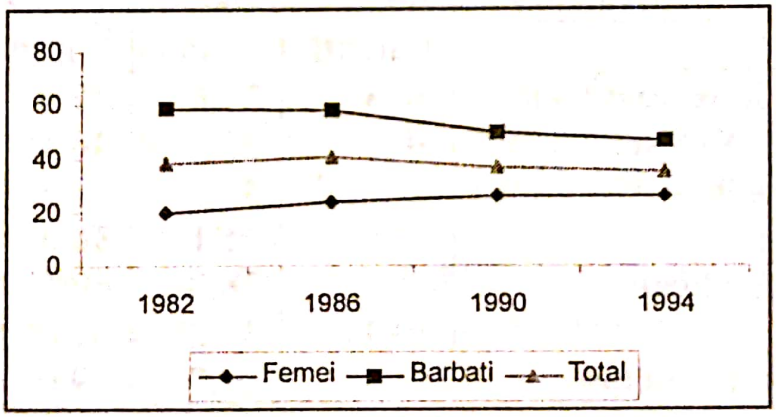


Fig.2.5. Variaţia numărului de fumători (în procente) în Catalonia (Spania) între 1982 şi 1994 pentru intervalul de vârstă 15-64 ani

În fig.2.5 este dată tendinţa prevalenţei fumatului în timp în Catalonia (Spania), tendinţă care se întâlneşte şi la alte ţări europene.

Scanned with OKEN Scanner

2.3.2. Prevalenţa tabagismului la diferite profesii

O anchetă realizată asupra a 8000 de farmacişti din Europa arată că 11.8% dintre ei fumează şi că jumătate dintre ei vor să abandoneze tutunul; aproximativ 35% dintre fumători sunt vechi fumători. Proporţia fumătorilor printre farmaciştii din oficine ca şi a medicilor este inferioară celei a ansamblului populaţiei din ţările lor.*

Prevalenţa fumătorilor şi la alte profesii este bine ilustrată de datele obţinute in Catalonia (Spania), trecute în tabelul 2.2.

Şi în acest caz se constată că numărul fumătorilor este invers proporţional cu numărul anilor pentru educaţie.

După o anchetă internă realizată la Spitalul cantonal din Geneva, aproape 11% din medici fumează cu regularitate. Chiar dacă acest procentaj este inferior celui al populaţiei generale (33%) el rămâne relativ ridicat în contrast cu politica anti-tutun

Tabel 2.2

Prevalenţa fumatului în Catalonia[2.9]

	Bărbaţi	Femei	Împreună
Populaţia între 15şi 64 ani	46,3	25,6	35,6
Tineret între 15 şi 24 ani	38,5	33,7	36,1
Medici	31,4	31,1	31,3
Farmacişti	38,8	25,1	30,6
Asistenţi medicali	53	38,0	40,5
Profesori	30,4	31,2	31,0
Profesori universitari	29,5	29,7	29,6

* Anchetă realizată de către Forum EuroPharm cu o reţea de 45 asociaţii nationale de farmacişti, cu concursul Biroului regional al OMS

[2.9] White paper. Integration of preventation in the community Pharmacy. Generalitat de Catalonya. Departament de Sanitat I Seguretat Social. Barcelona 1997.

Scanned with OKEN Scanner

dusă de Departamentul de acţiune socială şi sănătate. La Geneva este tot mai dificil să fii medic şi să fumezi fără a fi într-o continuă contradicţie. Medicul care are un comportament de risc pentru sănătate, (tabagism, abuz de alcool, exces de greutate, lipsa exerciţiului), nu poate fi eficient faţă de pacienţii cu acelaşi risc. Un medic care fumează este un exemplu rău pentru pacienţi.

2.3.3. Prevalenţa tabagismului în România

În România o dată cu schimbările politice, sociale şi economice intervenite după 1989, a avut loc şi o creştere a consumului de tutun. S-au deschis graniţele pentru companiile multinaţionale ale tutunului care au găsit o nouă piaţă pentru produsele lor.

Un sondaj efectuat în anul 1994 de către Ministerul Sănătăţii, la 4920 de persoane, a relevat faptul că 36% din cei chestionaţi erau fumători. Procentul cel mai ridicat de fumători (61,7% bărbaţi şi 25% femei) se află la grupa de vârstă 25-44 de ani. O creştere importantă a fumatului s-a constatat la tineri (de 47% la bărbaţi 15-20% la femei).

Un alt sondaj efectuat în anul 1999 (SSRR99), a arătat o creştere a numărului de fumători (la 54% pentru bărbaţi şi 39% pentru femei). Tot în grupa de vârstă 25-44 de ani se găsesc cele mai multe fumătoare active (35%).

Date mai recente au fost publicate de Institutul Naţional de Statistică (Starea de sănatate a populaţiei din România, 2000).Conform acestor date, 21% din populaţia de peste 15 ani fumează zilnic, iar bărbaţii fumează mai mult decât femeile. Ponderea cea mai mare o au fumătorii din grupa de vârstă 25-54 ani (29.3% din totalul populaţiei de această vârstă). Cele mai multe persoane au început fumatul la vârsta de 15-19 ani (47.5%) sau la 20-24 ani (33.8%). Peste jumătate din bărbaţii fumători fumează de la vârsta de 15-19 ani.

Scanned with OKEN Scanner

După ultima anchetă[2.10], realizată de Conf. Dr. Florin Mihălţan de la Institutul de Pneumologie „Marius Nasta" la populaţia activă urbană, 45% dintre bărbaţi şi 38% dintre femei fumează.

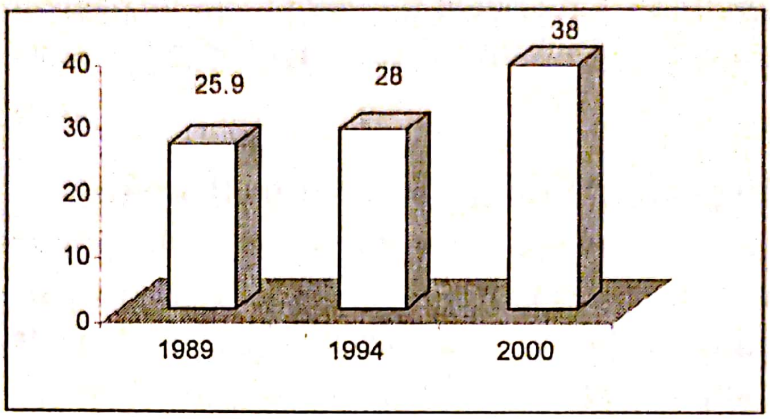


Fig. 2.6. Prevalenţa fumatului în România[2.11]

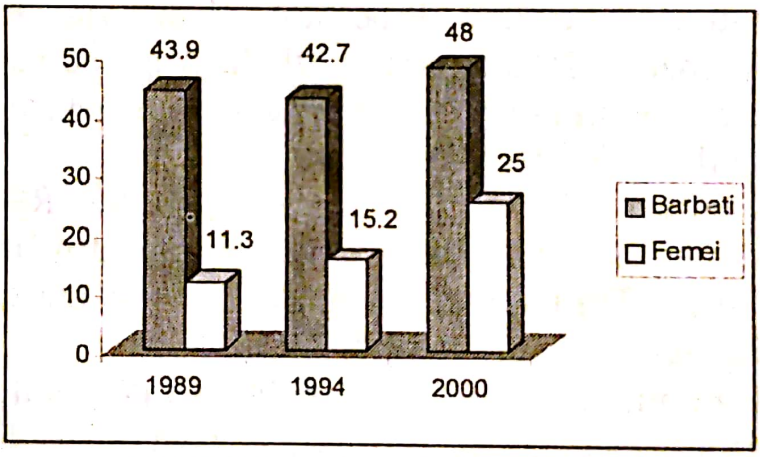


Fig. 2.7. Prevalenţa fumatului pe sexe

După 1989 prevalenţa fumatului a crescut de la 25.9% până la 36% în anul 2000 la populaţia peste 15 ani (fig.2.6). Prevalenţa fumatului la femei în aceeaşi perioadă a crescut cu 120% (fig. 2.7)

[2.10] *Evenimentul Zilei* 13.01.2003

[2.11] După Centrul de calcul, statistică sanitară şi documentare medicală al MSF. Compania Mercury marketing and research consultants.

Scanned with OKEN Scanner

Scăderea numărului de fumători, cu vârsta, se poate datora înţelepciunii, cunoaşterii pericolelor fumatului, îmbolnăvirilor mai ales datorate fumatului, care duc la renunţarea la fumat şi deceselor provocate inclusiv de fumat.

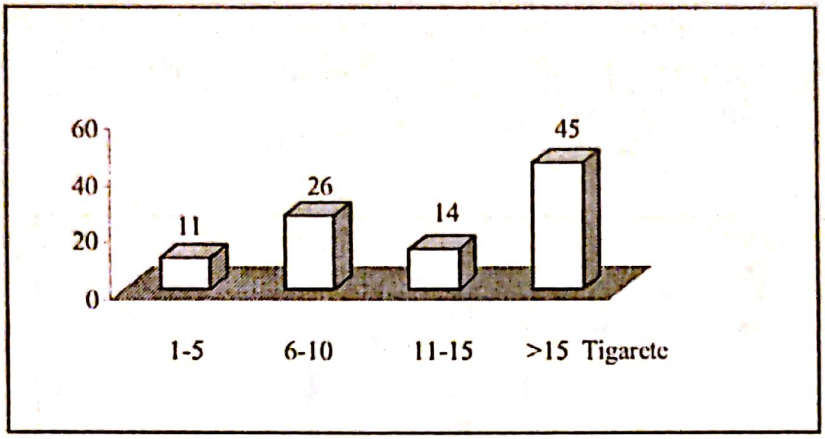


Fig. 2.8 Consumul de ţigarete mediu zilnic

La sondajul făcut pe 530 de fumători, s-a constatat că cei mai mulţi fumători fumează peste 15 ţigări pe zi.

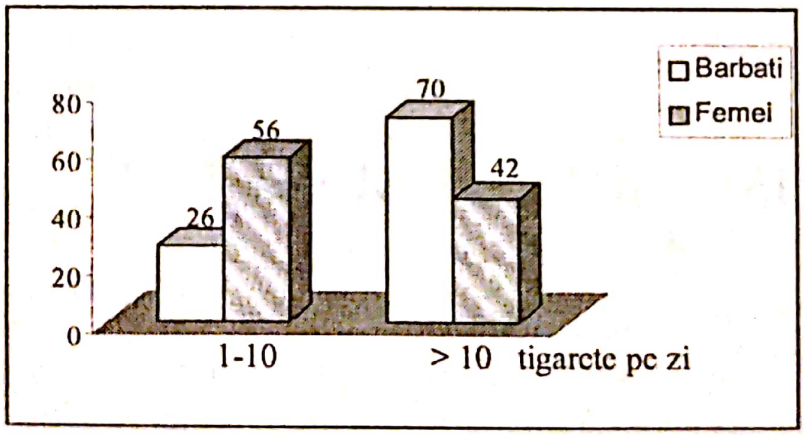


Fig. 2.9. Consumul de ţigarete mediu zilnic pe sexe [211]

Prevalenţa fumatului, cu 36% fumători, datorată între altele şi reclamei insistente făcute de producători, plasează România pe un loc fruntaş în rândul ţărilor foste comuniste.

Scanned with OKEN Scanner

În anul 2000, încă, ponderea cea mai mare o au bărbaţii fumători (48%) comparativ cu femeile fumătoare (25%) (Fig. 2.7).

Datele privind prevalenţa fumatului în România sunt neconcordante[2.12]. Cele obţinute în 1999 prin sondaj sunt exagerat de mari comparativ cu celelalte. Calculele făcute ţinând seama de numărul de ţigarete produse şi vândute în România duc la procente apropiate de 36%.

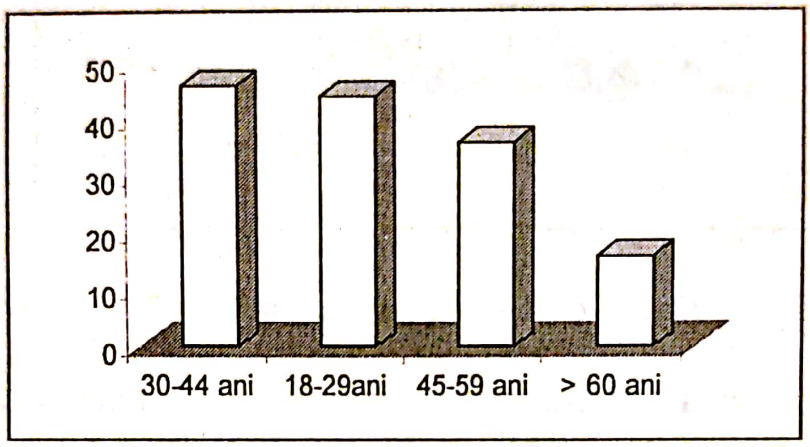


Fig.2.10. Ponderea fumătorilor pe grupe de vârstă [2.11]

2.4.RISCURILE FUMATULUI

2.4.1 Sănătate sau tutun

În cursul ultimelor decenii, tutunul nu mai este considerat ca un produs care dăunează sănătăţii, ci ca un produs care curmă viaţa. Se estimează că 1.2 milioane de locuitori din Regiunea europeană mor în fiecare an de boli legate de tabagism.

Preşedintele Franţei Jacques Chirac spunea într-un discurs ţinut la a 23-a sesiune a Centrului Naţional al profesiunilor de

[2.12] Institutul Naţional de Statistică

Scanned with OKEN Scanner

sănatate la 14.02.2002: „O ţigaretă fumată înseamnă 11 minute de speranţă de viaţă mai puţin. Aceasta dă de gândit....".

Fumătorii se îmbolnăvesc de 3,5 ori mai des decât nefumătorii.

Tabagismul este principala cauză a deceselor premature şi evitabile.

S-a spus[2.13] că:„ *Tutunul este singurul produs de larg consum care vă poate omorî dacă îl folosiţi aşa cum doreşte fabricantul.*"

Jumătate din bărbaţii şi femeile care fumează mor ca urmare a tabagismului lor. Un sfert din fumători şi fumătoare mor chiar prematur între 35-69 de ani pierzând astfel o medie de 20-25 ani de viaţă. Nivelul mortalităţii datorită tutunului în anumite ţări este aşa de ridicat că el eclipsează complet numărul de decese imputabile altor factori exteriori ca alcoolul, sinuciderile şi accidentele rutiere. Colegiul Regal Britanic al Medicilor a redat clar veritabila amploare a consumului de tutun stabilind că din 1000 de tineri care fumează ţigarete în Anglia şi Ţara Galilor se poate estima că unul din ei va fi asasinat, 10 vor fi omorâţi în accidente rutiere şi 250 vor muri prematur datorită efectelor tabagismului asupra sănătăţii. La efectele tabagismului trebuie să adăugăm pierderea de zile de lucru prin absenţe datorită afecţiunilor provocate de fumat şi încărcarea excesivă a serviciilor medicale care se îngrijesc de sănătate.

Mortalitatea crescută a fumătorilor depinde de numărul de ţigarete fumate (fig. 2.11), de vârsta la care începe fumatul şi de volumul fumului inhalat. *Dacă riscul de deces este 1 la un nefumător, riscul poate fi multiplicat cu 3 la marii fumători.*[2.14]

Statistic, după OMS, tabagismul seceră în fiecare oră 560 de vieţi omeneşti în lume (134000 pe zi, 4,9 milioane pe an). Această gravă epidemie atinge toate ţările fără excepţie. Un nou fumător din doi va muri de o boală legată de tabagism.[2.15]

[2.13] *Action smoking and health*, London, 1994

[2.14] http.//tabac-net.aphp.fr/tab-connaitre/tc-bd-episante/tc....

[2.15] Schweiz Media-Info Nr. 1346, 2002-10-21

Scanned with OKEN Scanner

„Viaţa începe să se consume de când aprinzi o ţigaretă", Yu Hirayama, medic japonez.

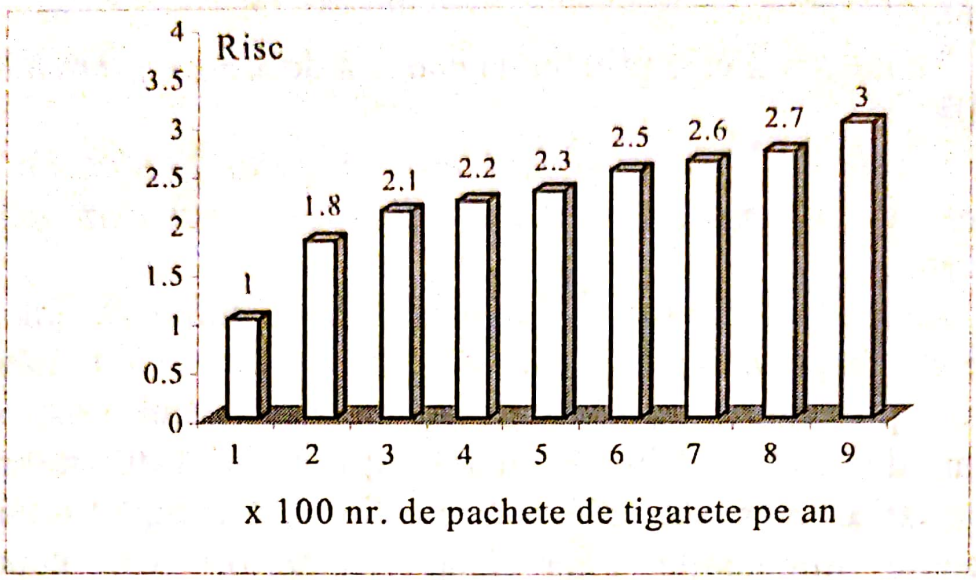


Fig. 2.11. Riscul de deces în funcţie de tabagism.

În Canada un deces din şase este cauzat de tabagism. Acesta, în 1995 a cauzat 34728 decese şi pierderea a 500545 de ani potenţiali de viaţă. În anii 1995-1996, au fost atribuite tabagismului 191922 de internări în spital, 7,6% din totalul internărilor înregistrate.

În Belgia riscul atribuit consumului de ţigarete este de 80-85% pentru bărbaţi şi de 60-80% pentru femei.

2.4.2. Tutunul este un drog

Ca orice drog dă dependenţă. De exemplu în SUA, în 1990 cei mai mulţi dependenţi erau de tutun, tab.2.3.

Intoxicaţia tabagică este cea mai răspândită dintre toate toxicomaniile cunoscute.

Nicotina produce dependenţă de 6-8 ori mai mare decât alcoolul. În comparaţie cu alte droguri, nicotina produce o dependenţă la fel de mare cu cea a cocainei. 95-100% dintre fumători sunt dependenţi, ca în cazul cocainei.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2.3

Numărul dependenţilor de droguri în SUA

Drogul	Consumatori în milioane
Tutun	125.000.000
Alcool	100.000.000
Cocaina	15.000.000
Marijuana	5.000.000
Tranchilizante	3.000.000
Sedative	2.000.000

În Elveţia peste 10000 de persoane mor anual, aproape o şesime din mortalitatea anuală, din cauza tutunului. Această cifră este de 20 de ori mai mare decât cea a decedaţilor din cauza drogurilor ilegale.

În Franţa tutunul este principala cauză de moarte nenaturală şi evitabilă, tab. 2.4.:

Tabelul 2.4

	Număr de decese anual
Toxicomanie	500
SIDA	2800
Alcoolism	40000
Tabagism	60000

În Belgia care are numai 28% (2500000) fumători, cauzele deceselor sunt următoarele:

Moarte violentă	1482
Accidente rutiere	1483
Sinucideri	2003
Boli respiratorii	10770
Cancer	27806
Boli cardiovasculare	39172
	77748

Scanned with OKEN Scanner

Fumatul afectează sistemul imunitar pe mai multe căi:

- Leucocitoza (creşterea numărului globulelor albe)
- Limfocitoza (creşterea numărului limfocitelor)
- Modificarea echilibrului dintre diferite subgrupe de limfocite T;
- Scăderea numărului celulelor Natural Killer (NK) cu rol în apărarea organismului împotriva cancerului
- Scăderea numărului celulelor Langhans (importante componente ale sistemului imunitar la nivelul epiteliului colului uterin) , ceea ce face ca fumatul să ducă la apariţia displaziei colului.

Fragilitatea imunitară generată de fumat face ca, de exemplu, fumătorii să sufere de gripă de trei ori mai mult decât nefumătorii.

Academia regală de medicină din Belgia semnalează în raportul său anual (din 1996) că 20000 dintre morţi au avut o cauză direct imputabilă fumatului, cifră subestimată, dar de aceea incontestabilă. Din cei 20000 de morţi, 4000 nu au fost fumători, dar moartea a fost cauzată de tabagismul involuntar.

Fumatul nu reduce numai speranta de viaţă ci şi calitatea vieţii.

La efectele tutunului măsurate în morbiditate, în ani de viaţă pierduţi, trebuie adăugată şi incapacitatea de muncă, suferinţa, dependenţa şi slaba calitate a vieţii. Acestea ar merita să fie studiate şi în ţara noastră.

2.4.3 Tutunul transformat în fum este mai daunător

În general tutunul este folosit în ţigarete, ţigări de foi şi pipă, fiind transformat în fum. Mai puţin este mestecat (ca în India, Suedia).

Transformarea în fum se face la temperaturi care ating 800-900° C, ca în veritabile uzine chimice.

Fumul inspirat pe gură, ocolind prima posibilitate de apărare, nasul, conţine vapori, gaze şi un număr incredibil de mare de particule foarte fine. Aceste substanţe foarte toxice

Scanned with OKEN Scanner

pătrund prin bronşii, până în profunzimea plămânului, la alveole şi, lezează aparatul respirator, iar prin transfer sanguin toate organele şi toate celulele. Prima reacţie de apărare a organismului este de înlăturare a unui corp străin prin tuse.

La fumătorii cronici cilii, care în mod normal au rolul de filtrare a aerului pătruns în trahee şi bronşii, devin rigizi şi în timp inactivi nemaiputând realiza rolul lor.

2.4.4. Principalele organe atinse de constituenţii fumului:

- Aparatul respirator
- Aparatul cardio-vascular şi sângele
- Sfera O.R.L.
- Aparatul uro-genital
- Creierul şi sistemul nervos
- Pielea
- Tubul digestiv

Efecte negative de scurtă durată:

- creşterea ritmului inimii, în medie cu 20-30 de bătăi pe minut, la fumători faţă de nefumatori;
- creşterea tensiunii arteriale;
- lezarea mucoaselor buzelor, limbii şi palatului moale (cerul gurii) cu modificarea în consecinţă a gustului mâncării, favorizând în acelaşi timp aparţia infecţiilor cavitaţii bucale;
- îngălbenirea dinţiilor;
- iritarea mucoasei naso-faringiene, cu diminuarea sau modificarea selectivă a mirosului;
- iritarea laringelui şi apariţia tusei;
- reducerea rezistenţei la infecţii respiratorii;
- creşterea sensibilitaţii la boală;
- iritarea ochilor;
- apariţia prematură a ridurilor faciale.

Scanned with OKEN Scanner

2.4.5. Principalele boli legate direct de tabagism :

- cancer pulmonar
- cancerul laringelui
- cancerul limbii
- cancerul gâtului
- cancerul pancreasului
- cancer de esofag
- cancer gastric
- cancer renal
- cancer vezical
- cancer de sân
- cancer de prostată
- cancer de colon
- leucemie
- fragilitate imunitara
- gingivită
- ulcer al gurii
- laringită
- faringită
- esofagită
- distrugerea enzimelor digestive
- hiperaciditate stomacală
- gastrită
- cancerul de col uterin
- ulcer duodenal
- puls accelerat
- aritmie cardiacă
- hipertensiune arterială
- proastă circulaţie sanguină
- criză cardiacă
- angină pectorală
- arterite
- flebite
- embolie pulmonară sau cerebrală (efect secundar al flebitei)
- gangrenă
- alergii respiratorii
- astm
- sinuzită
- reducerea capacităţii respiratorii
- tuse
- pneumonie
- bronşită cronică
- stomatită
- ulcer stomacal

Scanned with OKEN Scanner

2.4.6. Fumatul şi sistemul respirator

Iritarea mucoasei bronşice de către fum.[2.16]

Cilii vibratori paralizează la primele inspiraţii de fum de tutun. Ei nu mai pot îndeplini funcţia de epuratori şi dispar progresiv. Celulele glandulare şi glandele bronşice secretă tot mai mult mucus de vâscozitate crescută.

Consecinţa alterării mucoasei este stagnarea secreţiilor în timpul nopţii, care obligă fumătorul să tuşească dimineaţa câtva timp pentru a realiza o toaletă bronşică. Tusea rămâne singurul mijloc de epurare de mucus şi particule.

Când tusea şi expectoraţia durează mai mult de 3 luni pe an, timp de peste doi ani , fumătorul are bronşită cronică, boală gravă care omoară de două ori mai mult decât accidentele rutiere. Tutunul este responsabil de 56% din decesele prin maladii pulmonare cronice.

Transformarea metaplazică a mucoasei

Aceasta survine ca urmare a iritaţiei tabagice şi pregăteşte terenul pentru cancerele pulmonare. Este necesar mai mult de un an pentru dipariţia ei în urma încetării fumatului.

Acţiunea fumului asupra funcţiei respiratorii

După 10-15 ani de tabagism funcţia respiratorie rămâne aproape de normal; numai teste fine ca studiul părţii terminale a curbei debit/volum, poate decela primele anomalii. Întreruperea fumatului chiar pentru o perioadă scurtă de 48 de ore, reduce uneori repede şi important secreţiile, ajungându-se la o funcţie respiratorie normală.

Această reducere a secreţiilor este uşor observabilă prin endoscopie bronşică chiar după 24 de ore de sevraj.

[2.16] A. Lombaire: www.luttecontreletabac.com

Scanned with OKEN Scanner

Bronhopneumopatia cronică obstructivă(BPCO) [2.17]

Se instalează după 10 ani de tabagism la 30% din fumători zişi susceptibili în funcţie de numărul de ţigarete (fig. 2.12)

Denotă o atingere mai importantă a micilor bronşii şi se manifestă printr-o dispnee (senzaţie de lipsă de aer) percepută de fumător la efort.

Prevalenţa medie la bărbaţi este de 5-8% (şi mai puţin la femei).

10-15% din BPCO ar putea fi în raport cu alţi factori de risc ca expunerile profesioanle, predispoziţiile genetice, ca şi tabagismul involuntar.

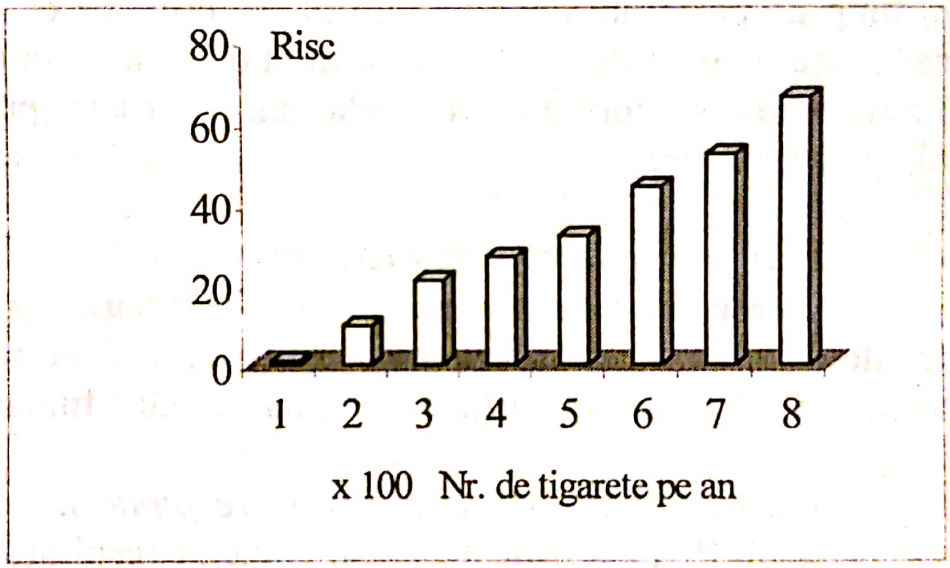


Fig. 2.12. Risc de bronşită cronică în funcţie de tabagism. Dacă riscul este 1 pentru nefumători, el se multiplică cu până la 66 la marii fumători

Mortalitatea este 200 la 100000 de bărbaţi de 64-74 ani (dublată la peste 75 de ani). 10% din bolnavii de BPCO au o formă mixtă astm-BPCO.

Mortalitatea la serviciile de urgenţă este de 30%.

După OMS, în lume există peste 600 milioane de persoane care suferă de această afecţiune iar în România 500 de mii.

[2.17] Fl. Mihălţan, R. Ulmeanu, Bronhopneumopatia distructivă cronică şi interrelaţia medic-pacient fumător. *Viaţa Medicală* . 2002, Nr. 38, 20 septembrie

Scanned with OKEN Scanner

Boala apare în general la vârsta de peste 45 de ani şi nu poate fi vindecată, dar diagnosticul precoce, tratamentul corect şi renunţarea la fumat pot încetinii evoluţia bolii. Ea se manifestă prin tuse convulsivă, expectoraţie, oboseală la efort slab şi respiraţie greoaie.

După datele Societăţii Române de Pneumologie, în ţara noastră se cheltuiesc 5000 de miliarde de lei cu tratamentul acestei boli.

Atingerea micilor bronşii

Este responsabilă de pierderea ireversiblă a funcţiei respiratorii. Ea se produce uneori fără atingerea paralelă a marilor bronşii (însoţită de creşterea secreţiei bronşice).

Emfizemul centro-lobular

Este un stadiu mai pronunţat de BPCO. Pereţii alveolelor dispar micşorându-se capacitatea vitală în favoarea creşterii volumului rezidual, evoluţie posibilă către emfizem. Dispneea devine tot mai intensă la efort şi în final chiar la repaus. Apar semne de cord pulmonar cronic cu evoluţie spre decompensare respiratorie terminală. Există un risc crescut de pneumotorax spontan.

2.4.7. Fumatul şi cancerul

Riscul cancerigen al fumatului este mai ridicat decât se credea mai înainte* şi s-au evidenţiat mai multe forme de cancer. Agenţia internaţională de cercetări asupra cancerului (IARC) de la Lyon, a mărit lista sa de cancere provocate de fumat.[2.18] Noi tipuri de carcinoame sunt întradevăr descoperite în lumea

---

* E. Bornea, *Rolul fumatului în cancerul bronhopumonar*. Edit. Medicală (Minist. Sănătăţii. Institutul Igienă şi sănătate publică) 1985.

[2.18] IARC Monographs programme declares second-hand smoke carcinogenetic to humans, IARC Press Release, 2002, 19 juin

Scanned with OKEN Scanner

întreagă, cum sunt tumorile canceroase ale stomacului, ficatului şi uterului ca şi o formă de cancer la rinichi şi la sânge (leucemia mieloidă). Nu numai fumul de ţigarete măreşte riscul de cancer, ci şi cel de pipă sau de ţigări de foi.

Cancerul bronşiilor

În timp ce nivelul altor cancere s-a stabilizat sau a scăzut, nivelul cancerelor bronşice a trecut de la 2 la 50 din1930. Riscul este multiplicat cu 25 pentru un bărbat care fumează un pachet de ţigarete pe zi. Marii fumători au un risc multiplicat cu 50 în raport cu nefumătorii. (fig. 2.13)

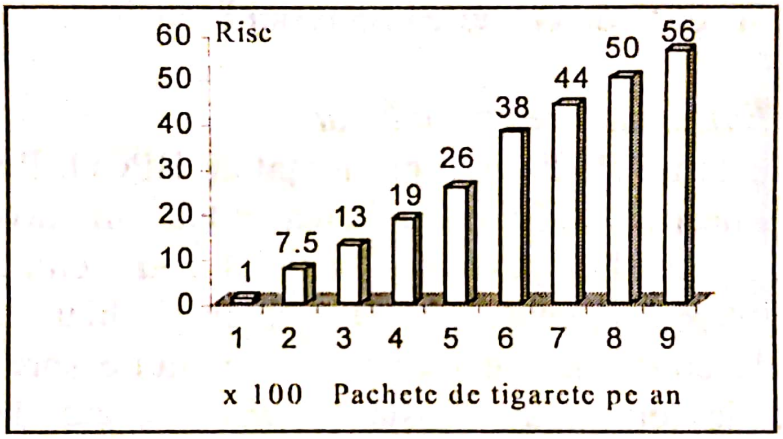


Fig.2.13. Riscul cancerului bronşic în funcţie de tabagism. Dacă riscul decesului de cancer bronşic este de 1 la un nefumător, riscul poate fi multiplicat cu 56 la un mare fumător.

Prin dublarea cantităţii zilnice de tutun riscul se multiplică cu doi în timp ce dublarea duratei consumului de tutun duce la multiplicarea riscului cu 20.

Cancerul bronşiilor apare tot mai devreme la subiecţii care au început fumatul la vârstă şcolară. El atinge din ce în ce mai mult femeile, nivelul lui ajungând pe cel al bărbaţilor. El a devenit al doilea cancer la femei prin frecvenţa sa. De semnalat riscul crescut de cancer la marii fumători prin cumulare cu tabagismul pasiv.

Scanned with OKEN Scanner

Statisticile din ţara noastră arată că din 10 bolnavi de cancer bronhopulmonar 9 sunt fumători. Mortalitatea prin cancer bronhopulmonar a crescut de la 11,5‰ (în anul 1960) la 34,4‰ (în anul 1999), Fig. 2.14*

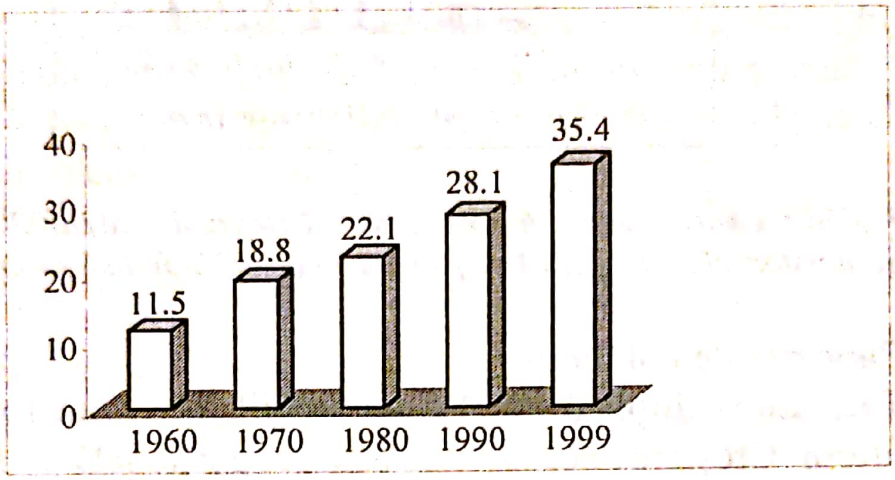


Fig.2.14 Mortalitatea prin cancer bronhopulmonar în România

Cancere ale căilor aerodigestive superioare

Aceste cancere sunt legate de rolul aproape exclusiv al tutunului şi al alcoolului. Asocierea unuia cu celălalt multiplică cu 3 riscul fiecăruia dintre ele. Se deosebesc:

- Cancerul buzelor (fumătorilor de chiştoace)
- Cancerul limbii (la cei ce mestecă sau prizează tutunul)
- Cancerul faringelui (provocat mai ales de alcool)
- Cancerul laringelui (provocat mai ales de tutun)(fig. 2.15)

Cancerul vezical

Riscul se multiplică cu 2 la fumători.

Există o corelaţie statistică cu durata fumatului.

---

* C. Didilescu. Un duo sinistru: Fumatul şi cancerul bronhopulmonar. *Viaţa Medicală*, 2001, 21, mai.

Scanned with OKEN Scanner

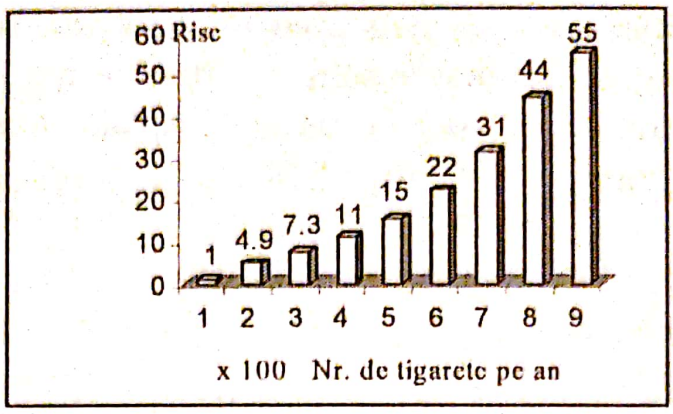


Fig.2.15 Cancer la gât în funcţie de tabagism. Dacă riscul este 1 la nefumători el se amplifică de până la 55 de ori la fumătorii mari.

Cancerul de col uterin

Tutunul multiplică cu 3,6 anomaliile precanceroase ale colului uterin. Creşterea acestui risc este proporţională cu fumatul (inclusiv involuntar).

Nivele crescute de nicotină au fost constatate în mucusul uterin al femeilor fumătoare.

Anumiţi compuşi cancerigeni care trec în sânge sunt excretaţi la nivelul colului uterin.

2.4.8.Fumatul şi bolile cardiovasculare

Arteritele membrelor inferioare

Tutunul este responsabil în Franţa de 90% din arteritele care apar înaintea vârstei de 65 de ani. Evoluţia decurge în trei stadii de agravare:

- Întâi crampe şi dureri la mers, cu limitarea perimetrului de deplasare
- Apoi dureri care survin în poziţia culcat (de decubit)
- Gangrene ce conduc la amputare

Cea mai bună prevenire a arteritelor se realizează nefumând Întreruperea fumatului este obligatorie în tratamentul arteritelor.

Îmbătrânirea arterelor unui fumător este accelerată în

Scanned with OKEN Scanner

medie cu 10 ani.

Angină pectorală - Infarct miocardic

Compuşii toxici din fumul de tutun provoacă o accelerare a ritmului cardiac ceea ce creşte nevoia de oxigen a inimii şi expune la ischemia miocardică cu dureri anginoase, carcateristice cardiopatiei ischemice şi infarctului miocardiac.

Fumatul este unul din principalii factori de risc[2.19] care poate fi influenţat şi prevenit.

30% din decesele prin boli cardiovasculare sunt atribuite fumatului.

Hipertensiunea arterială

Fumatul este cauza majoră a hipertensiunii arteriale la tineri.

Fumatul creşte riscul hipertensiunii arteriale rezistente la tratament şi hipertensiunii arteriale prin aterom al arterei renale.

Ţigareta declanşează un puseu paroxistic de hipertensiune arterială fenomen constant şi reproductibil.

Folosirea contraceptivelor orale creşte de 10 ori riscul de infarct miocardic la fumătoare.

Fumatul poate altera răspunsul la tratamentul antihipertensiv.

Accidente vasculare cerebrale

Fumatul este un factor de risc la fel de important ca hipertensiunea arterială.

Riscul este multiplicat cu 3 în medie sau cu 2.5 până la 6 şi chiar 12 în funcţie de numărul de ţigarete consumate. (fig. 2.16)

Acest risc îi priveşte de asemenea pe tineri şi tinere. El dispare după doi ani de la întreruperea fumatului.

[2.19] E.Warren, Determinarea riscului de boală coronariană ischemică, Medical update, vol. IV Nr. 2, 2002

Scanned with OKEN Scanner

În România rata deceselor[2.20] este cea mai mare, 63% comparativ cu SUA unde este 40%, pentru că prea mulţi oameni fumează în România . Prevenirea bolilor cardiace vasculare se face prin reducerea fumatului . În acest scop este necesar ca medicii să nu mai fumeze pentru a avea credibilitate în faţa pacienţilor.

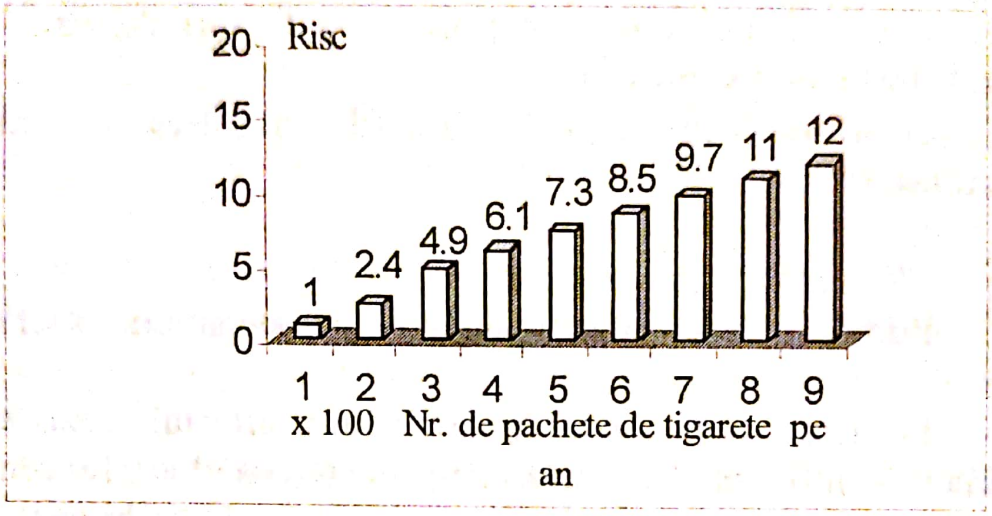


Fig. 2.16. Riscul accidentelor vasculare în funcţie de tabagism. Dacă riscul de accident vascular mortal este 1 la nefumători el se multiplică în funcţie de numărul de ţigarete fumate. [2.14]

2.4.9. Impotenţa sexuală

Fumatul măreşte cu 37% frecvenţa impotenţelor de origine organică. În asociere cu alte cauze (diabet, hipertensiune arterială, hiperlipidemie) el măreşte acest risc la 97%.

Este posibil ca alcoolul şi tutunul să favorizeze întâlnirea partenerilor sexuali. Dar sexul joacă rolul decisiv[2.21]. Acesta este rezultatul unei anchete reprezentative efectuată în Australia pe 4500 bărbaţi şi femei privind domeniul intimităţii şi sexualităţii. A rezultat că fumătorii suferă mai des de tulburări sexuale decât

---

[2.20] Eugene Brownvald: Curierul Naţional 9.09.2002

[2.21] E. O'Dwyer, Smokers stub out sex lives , The courier mail , 04 July 02

Scanned with OKEN Scanner

nefumătorii cum este ejacularea precoce la bărbaţi şi absenţa orgasmului la femei.

Fumătorii care suferă de hipertensiune prezintă un risc de 26 de ori mai ridicat de disfuncţie erectilă sau impotenţă, decât nefumătorii. La ex-fumători riscul este de 11 ori mai ridicat comparativ cu al nefumătorilor. Cu cât un bărbat fumeaza mai mult cu atât riscă să devină impotent.

În România, prevalenţa disfuncţiei erectile este de 25%*.

Studii realizate de *Action Smoking and Health* şi *British Medical Association* scot în evidenţă faptul că fumatul creşte riscul impotenţei cu 50%, şi chiar mai mult în cazul asocierii fumatului cu factori de stress. La veteranii din Vietnam riscul apariţiei impotenţei a fost cu 80% mai mare la fumători decât la nefumători.

Pe lângă impotenţă are loc şi reducerea volumului de ejaculare, micşorarea numărului spermatozoizilor ejaculaţi ca şi a unei forme anormale şi a unei mobilităţi reduse a spermatozoizilor. Grav este că 88% dintre fumători nu cunosc riscurile sexuale la care se expun.

Directiva Uniunii Europene 89/622/EEC a fost înlocuită cu una care cere menţionarea unor avertismente speciale, pe lângă cele generale, pe pachetele de ţigarete ca:

Fumatul cauzează impotenţa;
Fumatul are efecte devastatoare asupra spermatozoizilor şi
Fumatul îţi distruge viaţa sexuală

În Thailanda sunt folosite în prezent asemenea avertismente.

În legea nr. 349 din 6 iunie 2002 pentru prevenirea şi combaterea efectelor consumului produselor din tutun,

---

* http://www.fumat.ro

Scanned with OKEN Scanner

intrată în vigoare la 21 decembrie 2002, sunt menţionate două avertismente adiţionale (între cele14) care vor figura pe rând pe pachetele de ţigarete, însă de abia în anul 2004:

Fumatul încetineşte circulaţia sângelui şi provoacă impotenţă şi

Fumatul poate dăuna calităţii spermei şi scădea fertilitatea

Hipertensivii, bolnavii de inimă sau cu arterită care fumează sunt condamnaţi la impotenţă definitivă.

2.4.10 Fumatul şi aparatul digestiv

Fumul de tutun este duşmanul gurii, gingiilor şi dinţilor.

El provoacă gingivite inflamatorii favorizând infecţia şi provocând un miros greu carateristic.

Favorizează cariile ca urmare a diminuării secreţiilor salivare.

Dinţii impregnaţi cu produse tabacice sunt îngălbeniţi, cu rădăcinile dezgolite.

Tutunul formează plăci leucoplazice în gură şi faringe, teren propice pentru cancer. Ele stau la originea a 6-7% din tumorile maligne. Acest risc este agravat de conjugarea altor factori în special alcoolul şi lipsa de igienă.

Plăcile leucoplazice se localizează mai ales pe limbă, gingii şi buze dar ele pot să atingă de asemenea bolta palatină şi faringele.

Fumul de tutun factor de risc pentru ulcerul gastro-duodenal.

El este un factor de rezistenţă la tratamentele active, faţă de vindecarea 100% la nefumători, favorizează recidiva şi este responsabil de majoritatea perforaţiilor de ulcer.

Scanned with OKEN Scanner

Ulceroşii trebuie sfătuiţi să renunţe definitiv la tutun.

2.4.11. Fumatul şi sângele

Creşterea numărului de leucocite (globule albe) de la 10 la 12000 pe mm^3 este o dovadă a inhalării fumului de tutun. În acest caz trebuie, înainte de toate, căutată o intoxicaţie tabacică. Creşterea este proporţională cu gradul de intoxicare şi se manifestă mai ales la neutrofilele polinucleare.

Creşterea numărului de hematii (globule roşii) denotă o slabă oxigenare a sângelui, cu un nivel de oxid de carbon mai ridicat.

La fumători se produce o scădere semnificativă a nivelului imunoglobulinelor care asigură apărarea organismului împotriva infecţiilor. Rezultă o scădere a apărării anti-infecţioase faţă de bacterii şi de viruşi, mai ales la nivelul căilor respiratorii şi digestive. Nivelul lor revine la normal după un an de la întreruperea fumatului.

Există de asemenea la fumători o scădere semnificativă a nivelului hormonilor tiroidieni, scădere ce contribuie la alterarea parametrilor lipidici şi la ateroame arteriale.

2.4.12. Fumatul şi sistemul osos

Cercetări noi atestă nocivitatea tutunului asupra oaselor muşchilor şi articulaţiilor.

Fumătorii suferă mai mult de uzura discurilor intervertebrale decât nefumătorii.

Fracturile se vindecă mai lent la fumători.

Tabagismul încetineşte formarea de celule osoase.

Scanned with OKEN Scanner

La menopauză, densitatea osoasă a femeilor fumătoare se reduce mai repede.

De asemenea fumătorii suferă mai frecvent de dureri dorsale decât nefumătorii. Acestea sunt rezultatele obţinute de cercetătorii Academiei americane de chirurgie ortopedică[2.22]

2.4.13. Fumatul şi scleroza în plăci

Femeile care au fumat un timp, un pachet de ţigări pe zi, se îmbolnăvesc adesea de scleroză în plăci. Acestă boală atacă centrii ai creierului şi măduvei spinării. Ea provoacă o slăbiciune în membre, o senzaţie de amorţire, tremurături, ca şi tulburări de vedere şi de vorbire. Fumătoarele prezintă un risc mediu de 1.6 ori mai ridicat decât femeile nefumătoare.

Riscul cerşte proportţional cu durata tabagismului:

- de 1.5 ori mai ridicat la femeile care au fumat timp de 10-24 de ani
- de 1.7ori mai ridicat la femeile care au fumat peste 24 de ani un pachet de ţigări pe zi

Legătura între fumat şi scleroza în plăci a fost pusă în evidenţă pe baza unor chestionare date la aproape 240000 de infirmiere şi evaluate de trei cercetători americani. Aceştia estimează că legătura pusă în evidenţă priveşte şi pe bărbaţi.

2.4.14. Reducerea numărului neuronilor

Conform unui studiu dat publicităţii la Paris nicotina ar putea reduce numărul neuronilor.

2.22 American Academy of Orthopaedic Surgeons „ Orthopaedics Update",meeting, 2001. Ivanhoe Newswire,Cigarettes Bed to the Bone.

Scanned with OKEN Scanner

Efectele stimulatoare de moment ale nicotinei asupra creierului au fost de multă vreme demonstrate. Acum s-au stabilit printr-un studiu efectuat pe şobolani la Institutul Naţional pentru Sănătate şi Cercetare Medicală din Franţa şi efectele pe termen lung ale nicotinei. Pe lângă reducerea neuronilor, nicotina în situaţia de sevraj, provoacă o alterare a mecanismelor cerebrale ale învăţării şi memorării. De aici ipoteza că o expunere cronică la nicotină are efecte nocive asupra creierului.[2.23]

Cercetările au fost realizate pe o porţiune a creierului în care neuronii sunt produşi pe parcursul întregii vieţi a rozătoarelor de laborator. S-a constatat că odată cu creşterea dozei de nicotină se reduce procesul de producere a neuronilor. Dozele administrate şobolanilor raportate la masa lor sunt apropiate de cele absorbite de fumători.

Pe de altă parte se consideră că nicotina prezintă efecte terapeutice* asupra unei jumătăţi de duzină de afecţiuni neurologice ca boala Parkinson şi Alzheimer.

Incidenţa maladiei Alzheimer este mai rară la fumători.

Maladia Parkinson distruge neuronii care fabrică dopamină. Nicotina compensează această pierdere stimulând eliberarea dopaminei şi alţi neuroni dopaminergici.

Nicotina ar atenua anumite tulburări psihiatrice ca schizofrenia.

2.4.15. Fumatul şi sportul

Cartonaş roşu pentru tutun .

Sportul şi tutunul nu se împacă. OMS, cu concursul CIO şi FIFA* s-au angajat în favoarea sportului fără tutun.

[2.23] Libcration, 13 mai 2002

* I. Boudiel. *Science et vie.* 2000, Nr. 922, mai, pg. 88

Scanned with OKEN Scanner

Federaţii sportive în număr mare au afiliate cluburi sportive în număr şi mai mare cu un număr impresionant de membri, care nu sunt toţi nefumători. Se ştie că fumatul are o acţiune nefastă asupra performanţelor sportive şi provoacă pe termen lung serioase probleme de sănătate.

Comparând performanţele alergărilor, un studiu a arătat că performanţa fumătorilor este mai mică decât a nefumătorilor. Ei se epuizează mai repede şi aleargă semnificativ mai încet decât nefumătorii.

Influenţa nefastă a fumatului se poate ilustra prin distanţa parcursă de un tânar de 19 ani care aleargă 12 minute în funcţie de tabagismul său:

În 12 minute nefumătorul parcurge 2613 metri

Dacă fumează

1-10 ţigări pe zi - 95 metri (mai puţin)
10-20 ţigări pe zi – 242 metri (mai puţin)
> 20 ţigări pe zi - 360 metri (mai puţin)

Tabagismul limitează capacitatea fizică şi împiedică desfăşurarea unei vieţi active. El afectează mai ales sistemul respirator şi sitemul cardio-vascular ca şi muşchii având influenţă directă asupra aptitudinilor unei activităţi fizice sau sportive la orice nivel cum ar fi ciclism sau urcatul scărilor.

Capacitatea respiratorie este redusă chiar în repaus.

Inhalarea fumului de ţigaretă expune căile respiratorii unor compuşi iritanţi ca acetona care atacă mucoasele respiratorii şi gudroanele care conţin compuşi cancerigeni cu efecte toxice asupra mucoaselor şi ţesuturilor.

La aceste efecte se adaugă cele ale nicotinei care provoacă la fiecare inhalare o contracţie a căilor respiratorii şi o alterare a funcţionării alveolelor pulmonare ceea ce

---

* Comitetul Internaţional Olimpic (CIO). Federaţia Internaţională a Asociaţilor de fotbal (FIFA)

Scanned with OKEN Scanner

reduce capacitatea respiratorie. Pe de altă parte monoxidul de carbon reacţionează cu hemoglobina din sânge, reducând cantitatea de oxigen disponibilă pentru inimă şi pentru sânge încât atunci când organismul are nevoie de mai mult oxigen, are de fapt mai puţin.

Aceste efecte diverse ale fumului de ţigaretă se traduc printr-o creştere a frecvenţei respiratorii la repaus şi o respiraţie mult mai rapidă la effort.

Sistemul cardio-vascular mai solicitat şi mai puţin performant.

Pentru compensarea hipoxiei produsă de monoxidul de carbon, organismul măreşte debitul circulator (şi totodată presiunea arterială). Fumătorul atinge mai repede decât un nefumător un ritm cardiac foarte ridicat.

Nicotina intensifică aceste efecte provocând o creştere a travaliului cardiac şi mai ales a miocardului ceea ce măreşte riscurile de infarct foarte importante la peste 40 de ani în timpul unui efort fizic intens. Tabagismul este o cauză foarte importantă a accidentelor vasculare cerebrale (AVC). El favorizează formarea de plăci de aterom (ateroscleroză) în arterele picioarelor.

Alte studii asupra exerciţiilor scurte şi intense au arătat că tutunul reduce considerabil performanţele. La fumători ritmul cardiac este mai rapid şi performanţa maximă este alterată. Oboseala survine mai repede, durerile şi crampele musculare sunt mai frecvente.

Muşchii mai puţin rezistenţi la efort.

Muşchii ca şi inima şi plămânii au nevoie de sânge bogat în oxigen pentru a funcţiona eficient. Dar tabagismul produce o vasoconstricţie periferică care determină o slabă oxigenare a ţesuturilor.

Scanned with OKEN Scanner

La un efort fizic mușchii epuizează rapid resursele lor și ajung mai repede la anaerobioză: obosesc precoce. Producerea acidului lactic, favorizată de efectul nicotinei asupra hormonilor și intensificată de monoxidul de carbon, este mai mare și duce la crampe. Aptitudinea la eforturi scade, iar recuperarea eforturilor devine mai dificilă.

Riscul de tromboză este crescut.

Sport sau tutun

În general practicarea unui sport este motivată cu prioritate de sănătate. Chiar și la tinerii la care noțiunea de plăcere este esențială, higiena vieții, condiția fizică și sănătatea rămân motivații importante. (de exemplu pentru francezii de 20-25 de ani este de 60,5%).[2.24]

Organizația Mondială a Sănătății a declarat război tutunului în lumea sportului. Prin campania sa, << Tabaco free sports-play it clean >> abordează problema publicității pentru tutun și sponsorizarea manifestărilor sportive de către fabricanții de țigări.

Activitățile OMS sunt susținute de CIO și FIFA.

Fumătorii care consumă cel puțin o țigară pe zi nu reprezintă decât 24,3% din populația sportivă față de 31,2% nesportivi. Fumătorii care consumă peste 10 țigarete pe zi sunt și mai puțin numeroși la sportivi.

La tinerii între 12 și 24 de ani, diferențele sunt și mai mari, numărul sportivilor fumători fiind de trei ori mai mic decât al fumătorilor nesportivi, iar consumul lor de tutun este de două ori mai mic.

Cu cât nivelul competiției este mai înalt cu atât nivelul consumului de tutun este mai important.

[2.24] http://www.ap-hop-paris.fr/actualitc/tabac/tabac.port.htm

Scanned with OKEN Scanner

Sportivii care practică un sport individual fumează mai puţin. De asemenea cei care practică un sport cu consum mare de energie fumează mai puţin deoarece acesta cere un nivel de performanţă extremă total incompatibil cu fumatul.

La disciplinele colective masculine la care rezultatele depind, în mare măsură, de capacitatea tehnică şi tactică a spotivilor şi poate mai puţin de performanţa fizică individuală, se numără mai mulţi fumători.

Aproape un sportiv din doi a resimţit, în timpul unui efort sau după, efecte pe care le-a atribuit consumului de tutun. Efectele menţionate cel mei adesea de către sportivii fumători sunt: o recuperare anormală (66%), o scădere a performanţei (27%), dureri neobişnuite (9%).

Cu cât nivelul competiţiei este mai ridicat cu atât consecinţa efectelor negative ale fumatului asupra performanţelor sportive este mai gravă. De altfel 43% din sportivii fumători reduc sau încetează fumatul în perioada precompetitivă.

Prevenirea fumatului prin sport

Prevalenţa fumatului la tineri fiind foarte ridicată (în ţara noastră de 57%) o activitate sportivă încadrată poate juca un rol esenţial în prevenirea fumatului. Se constată întradevăr că există de 3 ori mai puţini fumători la sportivii de 12-24 de ani încadraţi în cluburi decât la nesportivi. Consumul de ţigarete la sportivii fumători este de două ori mai mic decât cel al fumătorilor nesportivi.

Adolescenţa corespunde vârstei la care un tânăr începe un sport şi poate începe să fumeze cu aceeaşi nevoie de a-şi cercetá identitatea. Apartenenţa la un club sportiv poate fi ocazia de a face diferenţa între o viaţă sănătoasă şi tabagism.

Scanned with OKEN Scanner

Practicarea sportului, mediatizarea, valorificarea prin instituţii de sănătate şi şcoli, de către societate în ansamblu, orientează preocupările tinerilor către o viaţă sănătoasă şi nu spre degradarea vieţii prin fumat.

Sportul, ameliorând starea fizică şi sănătatea, are o funcţie fiziologică. Studii, incepute din anii 1950, au arătat că persoanele care practică un sport moderat sunt mai puţin bolnave şi au o speranţă de viaţă mai lungă decât nesportivii. Au fost probate efectele protectoare ale unei activităţi fizice asupraa maladiilor cardiovasculare, hipertensiunii arteriale sau osteoporozei.

Sportul are de asemenea o funcţie psihologică şi educativă cu efecte pozitive indirecte asupra sănătăţii.

Sportul şi renunţarea la fumat

Studiile epidemiologice făcute în Franţa timp de mai mulţi ani au condus la concluzia că activitatea sportivă este un excelent element de motivaţie pentru întreruperea fumatului.

Repercusiunile fumatului asupra performanţelor fizice, tulburărilor la efort, incapacităţii de creştere a ritmului de antrenament au făcut ca o parte importantă din sportivii fumători (44%) să renunţe la fumat.

Multe studii au arătat efectele pozitive pe care sportul şi o activitate fizică, regulată dar nu neapărat intensă, le au asupra reluării fumatului datorită dependenţei fiziologice de nicotină .

Creşterea în greutate după renunţarea la fumat a fost un obstacol în luarea deciziei de întrerupere a fumatului în special la femei.

Foştii fumători care fac exerciţii cu regularitate au şanse în plus de a-şi controla greutatea decât cei cu viaţă

Scanned with OKEN Scanner

sedentară. Exerciţiul fizic este una din cheile controlului greutăţii timp de doi ani după stoparea fumatului.

Fumătoarele cu 25 de ţigarete pe zi care fac 1-2 ore de exerciţii pe săptămână nu iau în greutate în medie decât 2.2 kg după întreruperea fumatului faţă de 3.8 kg pentru cele care nu fac exerciţii. Dacă exerciţiile depăşesc 2 ore creşterea în greutate este limitată la 1.5 kg.

2.4.16. Fumătorii se consideră înşelaţi şi apelează la justiţie

Într-un articol[2.25] sunt trecute în revistă cauzele in care sunt implicaţi consumatori împotriva industriei de tutun. Articolul rezumă istoria acestui tip de urmărire în Statele Unite dând o atenţie particulară proceselor din ultimii doi ani cu câştig de cauză cât şi pierderi pentru reclamanţi ca şi pentru industria tutunului.

O judecătorie din Australia[2.25] a condamnat British American Tobacco, Australia (aprilie 2002) pentru că a distrus documente înainte de a fi adusă înaintea curţii eliminând asfel drepturile reclamantei Rolah Ann McCabe, atinsă de un cancer pulmonar, de a obţine o judecată corectă. Rezultatul acestui proces permite în principiu şi altor fumători de a face plângere contra BAT.

Curtea superioară a Californiei a declarat compania americană R.J. Reynolds vinovată (iunie 2002) de a fi făcut publicitate în apropierea tinerilor. Compania a cumpărat spaţiu publicitar în magazine pentru tineri. Sentinţa a impus o amendă de 20 milioane de dolari (US) între alte obligaţii.

[2.25] Tort Law Review, (Australia) iulie 2002

Scanned with OKEN Scanner

Un juriu (în iulie 2000) a condamnat trei companii de tutun la plata a 145 miliarde de dolari statului Florida. În aşteptarea verdictului de la curtea de apel, aceste companii au acceptat să verse un minimum de 700 milioane de dolari fumătorilor bolnavi din Florida.

Prin sentinţe judecătoreşti s-a cerut companiilor de tutun să depună compensaţii financiare pentru efectele asupra sănătăţii, cauzate de tutun[2.26].

În 11 State Americane a fost intentat un recurs colectiv contra companiilor de tutun Philip Morris, R.J. Reynolds şi Brown & Williamson. Acestea sunt acuzate de a fi înşelat fumătorii folosind calificative „light" şi „superlight" pentru produsele lor.

Grupul Philip Morris a fost condamnat la plata unor despăgubiri de 79,7 milioane de dolari familiei unui marinar american, mort de cancer după ce a fumat mulţi ani. Firma a fost acuzată de a fi păcălit consumatorii asupra consecinţelor fumatului. La apel s-a apreciat că acestă penalitate corespunde profitului realizat de companie în două săptămâni şi jumătate.

Un juriu californian[2.27] a condamnat compania Philip Morris (octombrie 2002) la depunerea a 28 miliarde de dolari americani în favoarea unei paciente atinse de cancer pulmonar. Reclamanta, o femeie care fumase 40 de ani, câştigase deja un proces mai înainte, în septembrie. Compania de tutun a fost atunci condamnată la plata unei compensaţii de 850000 dolari americani.*

O salariată de 57 de ani care nu fumase vreodată a cerut compensaţii Comisiei de securitate profesională şi de

---

[2.26] http;//www.law.indiana.edu//jlj/v72/no1/fridy.html

[2.27] Philip Morris/index.htm

* http;//money.cnn.com/2002/10/04/news/companies

Scanned with OKEN Scanner

asigurare împotriva accidentelor de muncă din Ontario. Ea susţine că cei 40 de ani de fumat pasiv la locul de muncă sunt cauza cancerului său la plămâni.

În anul 2000, a avut loc primul proces privind fumatul pasiv în Norvegia, unde proprietarii unui club de noapte au fost obligaţi prin hotărâre judecătorească să plătească peste 200000 de dolari, drept despăgubiri, unei foste salariate care, deşi nefumătoare, a făcut un neoplasm pulmonar în urma inhalării fumului de la ţigaretele clienţilor.

Curtea Supremă din New South Wales (Australia) a condamnat patronii unui bar din Sydney să-i plătească lui Marlene Sharp aproape 250000 de dolari SUA daune deoarece, ca angajată a acelui local, a fost expusă vreme îndelugată fumatului involuntar care i-a provocat un cancer al laringelui.

În Australia patronul unei victime cu cancer la laringe a fost găsit responsabil de cancerul funcţionarului său pentru fumatul pasiv la locul de muncă. Sunt discutate evidenţele ştiinţifice depuse curţii în timpul procesului (Sharp v Port kembla RSL Club, februarie 2002)

Richard Boeken, un fumător american şi bolnav de cancer, nu va contesta reducerea compensaţiei pe care trebuie să o dea Philip Morris. Un prim complet de judecată a hotărât ca suma ce trebuie dată reclamantului să fie de 3 miliarde de dolari. Al doilea complet a redus suma la 100 milioane dolari, acceptată de M. Boeken.

După ce câţiva bolnavi de cancer au primit de la companiile producătoare de ţigarete sume foarte mari, aproape 500000 de fumători din Florida au cerut fabricanţilor de ţigarete despăgubiri totalizând peste 150 de miliarde de dolari . Acest fapt este corect dacă ţinem seama că fabricanţii ştiau încă din 1950 că tutunul este cancerigen

Scanned with OKEN Scanner

şi că nicotina este un drog care duce la dependenţă, dar au păstrat secrete aceste date.

În procesul cu Boeken, avocatul firmei Philip Morris, Maurice Leiter a pledat cu cinism pentru faptul că nu l-a obligat pe reclamant să fumeze. „El a decis să fumeze". Ori se ştie foarte bine că fumătorul devenit dependent de nicotină nu mai este liber să decidă.

2.5. DEPENDENŢA DE NICOTINĂ

2.5.1.Intensitatea dependenţei

Nicotina produce dependenţa de 6-8 ori mai mare decât alcoolul, dar la fel de mare ca şi cocaina. 95-100% dintre fumători sunt dependenţi. Oricare ar fi modul de consum al tutunului (fumat, mestecat sau prizat) nicotina pătrunde în organism prin difuzie. Fumul inhalat ajunge în alveolele pulmonare şi toţi constituenţii sunt absorbiţi. Nivelul concentraţiei nicotinei în sânge este atins rapid şi are un vârf de nicotinemie la fiecare ţigaretă fumată. 80% din nicotină este distrusă la nivel hepatic, iar restul se fixează pe receptorii nicotinici prin intermediul cărora exercită efectele sale multiple, cele mai importante fiind asupra creierului. Ea stimulează neuronii care fac parte din sistemul plăcerii şi recompensei. Acţiunea sa a fost probată prin noile tehnici de imagistică medicală.

Testul Fagerström

Acest test este cel mai utilizat pentru măsurarea intensităţii dependenţei de nicotină

1. Câte ţigarete fumaţi pe zi?

< 15.....	0 puncte
15-25.....	1
> 25.....	2

2. Care este conţinutul de nicotină al ţigaretelor pe care le fumaţi?

Scanned with OKEN Scanner

Scăzut (< 0,5 mg)..... 0
Mediu (0,6-1,1 mg)..... 1
3. Inhalaţi fumul ?
Niciodată..... 0
Ocazional..... 1
Întotdeauna..... 2
4. Fumati mai mult în cursul dimineţii decât după amiaza ?
Da..... 1
Nu..... 2
5. Când fumaţi prima ţigaretă ?
La mai puţin de 5 minute după deşteptare 3
La 6-30 minute..... 2
La 31-60 minute..... 1
6. Care ţigaretă este mai importantă ?
Prima..... 1
Alta..... 0
7. Fumati când vă simţiţi rău (dureri în gât , gripă) ?
Da..... 1
Nu..... 0
8. Este dificil să nu fumaţi în locuri interzise (cinema, metrou, etc.) ?
Da..... 1
Nu..... 0

Scor total :
< 4 puncte: fumător cu o slabă dependenţă de nicotină
4,5 şi 6 puncte : fumător nicotino-dependent
> 6 puncte; fumător puternic dependent de nicotină.

Numeroase evaluări ale testului Fagerström au arătat o bună corelare între scorul obţinut şi determinările de cotinină plasmatică şi urinară, permiţând estimarea unui tratament al sevrajului tabagic pe bază de substituenţi nicotinici. Cu cât scorul este mai ridicat cu atât probabilitatea de stopare a fumatului este mai mică. Pentru anumiţi autori întrebarea 5 este cea mai importantă.

Scanned with OKEN Scanner

Dozarea cotininei urinare este recunoscută ca cel mai bun marker disponibil al consumului de tutun. Ea dă o indicaţie semnificativă a consumului de tutun permiţând verificarea validităţii declaraţiilor fumătorilor asupra comportamentului tabagic şi a evaluării terapeutice.

2.5.2. Mecanismele dependenţei

Se disting trei moduri de dependenţă de nicotină:

Dependenţa comportamentală şi socială care se asociază în general cu momente precise de peste zi. Ea se învaţă treptat în faza de iniţiere şi depinde de presiunea socială şi convieţuire.

A fuma este un act social ca şi a mânca şi a bea. Tutunul sub formă de ţigaretă poate fi oferit sau schimbat şi consumat în compania cuiva. Fumatul taie apetitul prin acţiunea nicotinei la nivel hipotalamic, inhibând contracţiile gastrice şi reducând secreţiiile.

Dependenţa psihică corespunde nevoii menţinerii beneficiilor pe care le aduce nicotina fumătorului ca senzaţia de plăcere, de descărcare, de satisfacţie, de stimulare intelectuală, susţinerea în caz de stres, stimulare generală etc.

Nicotina este singurul drog care stimulează funcţiile cognitive pe termen scurt. Fumătorul este tentat inconştient a relua o ţigaretă pentru a regăsi amintirea acestor senzaţii pe care le păstrează în memorie.

Pentru a învinge dependenţa psihică, sunt necesare compensaţii la ţigaretă ca sportul, literatura etc. şi stapânirea stress-ului prin exerciţii de relaxare. Mâncarea nu este o soluţie bună pentru compensare. Creşterea apetitului dispare progresiv după 2-4 săptămâni.

Dependenţa fizică se instalează numai după câţiva ani şi nu este sistematică pentru toţi fumătorii. Ei fumează nu numai pentru a avea o senzaţie agreabilă, ci şi pentru a evita un sentiment de lipsă care se manifestă prin nervozitate, iritabilitate,

Scanned with OKEN Scanner

tulburări de concentrare şi care sunt însoţite de un impuls irezistibil de a fuma din nou.

Mecanismul acestei dependenţe este comparabil cu cel al hipoglicemiei şi senzaţiei de foame.

Dependenţa fizică este cea mai simplu de tratat. Au fost experimentate tratamentele de substituţie. *Plasturele* care furnizează nicotină prin difuzie transcutanată trebuie folosit din prima zi de renunţare la fumat. Doza se stabileşte în funcţie de gradul de dependenţă. Ea se reduce treptat până la întreruperea tratamentului. *Gumele de mestecat* cu nicotină se folosesc în cazul dependenţei slabe sau intoleranţei la plasture. Perioada de substituţie variază de la câteva săptămâni la câteva luni în funcţie de persoană. După doctorul Bertrand Dautzenberg, pneumolog la Pitié Salpêtrière, „Întradevăr, dacă se poate stopa fără ajutor, nivelul succesului este dublat de substituţia nicotinică care împarte la trei suferinţa şi efectele secundare ale sevrajului (agresivitate, nevoia de fumat, tulburarea somnului, comportamentul bulimic)".

Prin combinarea celor trei tipuri de dependenţă rezultă trei grupe de fumători:

- Fumătorul cu dependenţă pur comportamentală

cu un consum zilnic în general mic, sub cinci ţigarete pe zi. Stoparea fumatului este fără efort şi reluarea este adesea periodică.

- Fumătorul cu dependenţă comportamentală şi

psihică fumează pentru a regăsi efectele psihoactive ale nicotinei. Consumul său poate atinge 20 de ţigarete pe zi şi uneori mai multe, în funcţie de circumstanţe (muncă, repaus, stress).

- Fumătorul cu dependenţă fizică asociată unei

dependenţe comportamentale fumează mai puţin de 20 de ţigarete pe zi şi consumul său zilnic este constant.

2.5.3. Dezobişnuinţa

Micul Larousse defineşte dependenţa ca „o nevoie imperioasă de absorbire a unei substanţe pentru a alunga starea de

Scanned with OKEN Scanner

neliniște somatică sau psihică datorită unui sevraj și legată de factori chimici, psihologici și sociali complecși".

Dependența de nicotină trebuie tratată ca o boală cronică. Majoritatea pacienților eșuează prima tentativă de dezobișnuință și trec prin perioade de recădere și remisie. Dependența de nicotină este un fenomen bio-psihosocial complex în care intervin factori genetici, farmacologici, psihologici și de mediu care combinați duc la consumul cronic și tenace. Legătura între stimulii înconjurători și senzația agreabilă pe care o produce rapid fumatul face dificilă renunțarea la acest obicei.[2.29] Clinicienii trebuie să țină seama de simptomele pe care le prezintă pacientul, declanșate de factori psihologici și emoționali la întreruperea fumatului.

Factorul chimic, care este legat de nicotină, este esențial pentru a explica dependența și eliberarea în termen scurt. Alți factori ca cel social, economic sau de anturaj, sunt la fel de importanți în special pentru eliberarea de tutun pe termen lung, ei constituind o frână în renunțarea la fumat.

Societatea poate împinge tinerii să înceapă fumatul și pe alții să-l continue, sau dimpotrivă să ocrotească tinerii și să convingă maturii să abandoneze fumatul.

Beneficiile obținute la abandonarea fumatului sunt reale pentru maladiile care îi sunt imputabile.

2.5.4. Sevrajul

Prin sevraj se înțelege oprirea bruscă a prizei de drog cu toate consecințele ei. Pentru eliberarea organismului de nevoia de drog fără efectele fizice ale lipsei, toxicomanii pot apela la un sevraj sub control medical.[2.30]

Nicotina este un drog care cauzează dependență fizică și simptome neplăcute de sevraj când este abandonată. Printre

---

[2.29] G. Lagrue, Arrêter de fumer ? Paris, 1998. Edition Odile Jacob

[2.30] J. Perriot, Tabacologie Abréje, Masson, Paris, 1995

Scanned with OKEN Scanner

fumătorii cotidieni 9 din 10 depind de nicotină şi resimt aceste simptome la întreruperea fumatului. Simptomele pot fi umătoarele:

- Nevoia presantă de a fuma;
- Anxietatea;
- Iritabilitatea, neliniştea, enervarea;
- Dureri de cap, tulburări ale somnului;
- Deprimare sau depresie;
- Dificultăţi de concentrare;
- Creşterea apetitului;
- Creşterea în greutate.

Într-o lucrare amplă, dedicată medicilor, sunt prezentate numeroase date teoretice şi practice necesare viitorului terapeut în sevrajul tabagic.*

Aproximativ 20% dintre fumători doresc să renunţe la fumat, dar nu o pot face uşor. Există şi tratamente pentru învingerea dependenţei tabagice. Dar acestea nu au aceeaşi eficacitate la toţi fumătorii. De aceea este necesar un tratament specific fiecăruia care se poate stabili consultând un centru de tabacologie.

Înainte de toate trebuie stabilită o dată de la care renunţarea va fi totală. Metoda reducerii progresive a numărului de ţigarete nu dă în general rezultate .

Când se creează dependenţa, fumătorii nu pot să decidă liber dacă să fumeze sau nu. Argumentele societăţilor producătoare de tutun după care lupta antifumat îngrădeşte drepturile umane sunt deci false. Intensa promovare a unui produs care cauzează dependenţă este o violare a drepturilor umane.

Nu există un medicament care singur să poată suprima pofta de a fuma dar există substituenţi nicotinici care ajută la

---

* F.D. Mihălţan, M Ciobanu, Tabagismul consecinţe şi tratament, Ed. Medicală, Bucureşti, 2001

Scanned with OKEN Scanner

eliberarea de fumat în timpul fazei iniţiale de sevraj la fumători foarte dependenţi de nicotină.

Este de dorit ca aceste medicamente să se integreze într-o atmosferă globală cuprinzând o soluţie psihologică şi un sprijin familial pentru întreruperea fumatului.

2.5.4.1. Substituenţi nicotinici

Atenuând simptomele de sevraj cu tendinţa de a le suprima, substituenţii nicotinici multiplică cu 2 sau 3 şansele de succes ale unei tentative de abandonare a tutunului. Numeroase studii au demonstrat eficacitatea substituenţilor nicotinici.

Substituenţii nicotinici sunt un ajutor în sevraj pentru patologii legate de tutun şi nu sunt contra-indicaţi la coronarieni.

Nu este vorba de produse miraculoase; numai 20-30% din utilizatori reuşesc să abandoneze fumatul.

Plasture (sistem transdermic) impregnat cu nicotină. Aceasta traversează pielea constant în timp. Se obţine cu reţetă. Se utilizează în toată perioada recomandată de 6 până la 12 săptămâni.

Chewing-gum este eficace dacă se urmează riguros instrucţiunule de folosire (mestecare după tehnica indicată, număr de bucăţi, durată). Fără reţetă.

Spray nazal cu nicotină. Alină imediat simptomele de sevraj şi face să dispară instantaneu nevoia de fumat. Cu reţetă.

Inhalator bucal de nicotină. Permite aspirarea în gură a vaporilor de nicotină. Înlocuieşte de asemenea gestul fumatului. Cu reţetă.

Tablete sublinguale ce se topesc sub limbă fără a fi necesară mestecarea.*

---

* În Canada, la Québec, începând de la 1 octombrie 2000 Regia de asigurări de Sănătate acoperă costurile medicamentelor folosite la încetarea fumatului, Nicoderm Nicorette şi Zyban

Scanned with OKEN Scanner

Guma de mestecat

Guma de mestecat asigură aprovizionarea cu nicotină a mucoasei bucale. Ea reduce simptomele de sevraj şi uşurează procesul de întrerupere a fumatului. Ea este mai eficientă când se foloseşte într-un plan de întrerupere a fumatului (în combinaţie cu sfaturi şi informaţii) într-o terapie de grup. Are succes la 15% dintre fumători. Eficacitatea gumei depinde de folosirea ei corectă. Este foarte important să fie respectate instrucţiunile de folosire.

- Cerinţe pentru folosire: Întreruperea totală a fumatului.
- Instrucţiuni: Fiecare bucată de gumă va fi mestecată lent, cu pauze frecvente, timp de 30 de minute. Guma prea tare poate cauza efecte secundare neplăcute (tulburări gastrice, sughiţuri, răni în gură etc)
- Dozaj: Se mestecă guma când apare nevoia de a fuma înainte ca aceasta să devină puternică.
  Doza uzuală este de 7-10 bucăţi pe zi.
  Cantitatea maximă 30 de bucăţi pe zi.
  Intervalul pentru administrări: o bucată la 60-90 de minute.
- Efecte secundare: dureri ale maxilarelor, gingivite, faringite, gastrite, probleme ale danturii sau plombelor, palpitaţii.
- Precauţii: Sarcină sau lactaţie, infarct miocardic recent sau angină pectorală, aritmii.
- Informaţii relevante: Nicotina este absorbită/cedată cu 15 minute mai târziu în comparaţie cu ţigaretele astfel încât guma nu produce aceeaşi satisfacţie imediată. 90% din nicotină este cedată în timpul primelor 20-30 minute Poate fi neplăcută la început dar după 3-7 zile devine suportabilă.Nu se recomandă prelungirea tratamentului mai mult de 4 luni. Se recomandă întreruperea treptată a tratamentului.

Plasturi cu nicotină

Plasturii (patches) cu nicotină cedează nicotină transdermic şi înlătură simptomele sevrajului. Eficacitatea este mai mare dacă se foloseşte într-un plan de întrerupere a fumatului într-o terapie de grup.

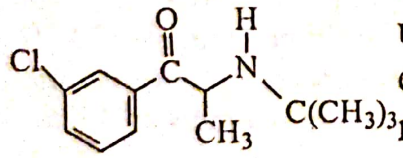
- Cerinţe pentru folosire: Întreruperea completă a fumatului.
- Instrucţiuni : Plasturele se aplică pe piele o dată pe zi . În absorbţia cutanată nicotina este cedată continuu, menţinându-se constant nivelul în plasmă ceea ce corespunde fumatului unei ţigarete la fiecare oră.

Scanned with OKEN Scanner

Plasturele se aplică pe piele intactă, uscată, curată, fără păr. Pentru a asigura aderenţa se recomandă presarea timp de 10 secunde. În ziua următoare la aproximativ aceeaşi oră, plasturele se dezlipeşte şi se aplică unul nou.

- Dozaj: Aplicaţiile zilnice de plasture cu nicotină durează aproximativ 3 luni. Dozajul este redus progresiv în acord cu gradul iniţial de dependenţă. Pentru aceasta Glaxo Smithkline livrează dispozitive transdermice la trei concentraţii: 7 mg/24 h, 14 mg/24 h şi de 21 mg/24h (sub denumirea de Niquitin).
- Efecte secundare : Reacţie locală (eritem), dureri de cap, tulburări vizuale, greaţă, diaree, tulburări de somn, miros de nicotină pe piele.
- Precauţii: sarcină, lactaţie, infarct miocardic recent sau angină pectorală, aritmii, sensibilitate cunoscută la plasture, tulburări sistemice.
- Informaţii relevante: Nicotina este cedată încet şi progresiv, reproducând aceeaşi satisfacţie imediată ca ţigaretele. Este de preferat să se schimbe locul aplicării plasturelui pentru a micşora reacţiile pielii. Nu se va aplica pe zonele sensibile sau mucoase. O dată înlăturat, plasturele nu mai poate fi folosit. Înainte şi după folosire plasturii nu trebuie lăsaţi la îndemâna copiilor deoarece pot duce la intoxicaţii periculoase. Se recomandă să nu se întrerupă tratamentul înainte de a fi complet. Să nu se prelungească mai mult de 13 săptămâni şi să nu fie combinat cu alte metode.

2.5.4.2. Medicamente pentru sevraj



Bupropionul (Zybanul), amfebutamona, este un nou medicament foarte eficace pentru eliberarea de fumat. A fost primul medicament ne-nicotinic folosit în terapia opririi fumatului în Anglia. El acţionează în creier asupra neurotransmiţătorilor implicaţi în nicotino-dependenţă; modifică nivelul dopaminei şi activitatea noradrenergică. Reduce semnificativ simptomele de sevraj şi dorinţa de a fuma.

Eficienţa tratamentelor este superioară celor cu substituenţi nicotinici. Tratamentul cu bupropion a condus la

Scanned with OKEN Scanner

renunţarea la fumat şi după un an, a 30,3% din subiecţi faţă de 17% din pacienţii care au folosit substituenţi de nicotină.[2.31]

Zybanul a fost pus pe piaţă în anul 1991, ca medicament antidepresiv şi de atunci au fost trataţi cu el 31,5 milioane de pacienţi din care 9 milioane cu sevraj tabagic.

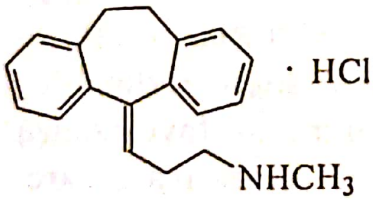
În Franţa Zybanul a fost lansat în anul 2001 pentru sevraj. În Olanda din anul 1999 şi aproape în toate ţările europene din anul 2000.

Bupropionul este bine tolerat. Ca efecte indezirabile s-au remarcat reacţii cutanate, tulburări neuropsihice şi neurologice şi probleme cardiovasculare.

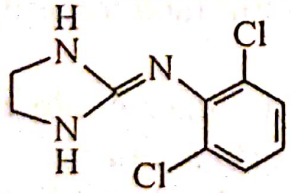
Este contraindicat în :

- bulimie;
- ciroză hepatică severă;
- sevraj alcoolic;
- tumori cerebrale.

Nortriptilina[2.32]. Un nou studiu a arătat că nortriptilina, 3-(10,11-dihidro)-5H-dibenzo-[a,d]ciclohepten-5-iliden-N-metil propilamină clorhidrat, este eficace în întreruperea fumatului. Costul lunar pentru un tratament cu nortriptilină este de 6$, faţă de cel cu bupropion 120$, cel cu plasture de nicotină 55$ şi faţă de cel cu gumă de mestecat, spray sau inhalator de nicotină 160-400$.



Clonidina[2.33] este cunoscută ca un agent hipotensiv şi a fost recomandată la combaterea abuzului de alcool. Mai recent s-a cercetat şi folosirea clonidinei în



[2.31] D.E. Jorenby . A controled trial of sustained-release, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N.Engl. Journ. Med.* 1997, 337,1195-1202

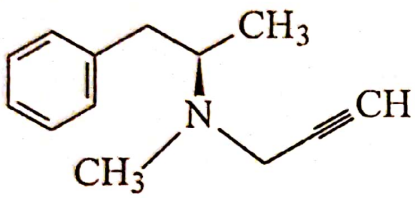
[2.32] Cl Da Costa et al. Stoping smoking, Prospective, Randomized, Double blind, Study comparing Nortriptyline to Placebo. Chest 122, (2) 403-408, August 2002

[2.33] S.G. Gourlay, L.F. Stead, Benowitz NL – The Cochrane Library- 2000/ issue 1, pag.1

Scanned with OKEN Scanner

întreruperea fumatului. S-a dovedit că ea este eficace, dar folosirea ei este limitată de marea incidenţă a efectelor secundare. Se poate considera ca o a doua linie terapeutică.

Rimonabant. Este o moleculă nouă care ar putea fi eficace în întreruperea fumatului fără a lua în greutate. Într-un studiu preliminar făcut la laboratoarele Sanofi, 30% din utilizatori au întrerupt fumatul după o lună pierzând 1,2 kg în greutate după „înţărcare" faţă de creşterea cu 1 kg la placebo. Rimonabant reduce consumul de grăsimi şi zahăr la animale şi om. Aceste rezultate trebuie să fie confirmate pe grupe mai mari şi în timp.



Selegilin. Cercetători de la Universitatea Johns Hopkins din Baltimore (SUA) au arătat că Selegilin reduce nevoia urgentă de fumat, după înteruperea fumatului. Acest studiu ar putea conduce la dezvoltarea unei noi substanţe pentru renunţarea la fumat.[2.34]

Pentru cei care nu pot renunţa la fumat nici în condiţiile folosirii unor substituenţi ai nicotinei se oferă un produs natural, extras din coaja pinului maritim francez (Pinus maritima), ce conţine bioflavonoide, cu acţiune antagonistă asupra radicalilor liberi care accelerează procesul de îmbătrânire şi favorizează apariţia cancerului, bolilor cardiovasculare şi cerebrovasculare. Produsul comercial Pycnogenol inhibă formarea metaboliţilor rezultaţi în urma fumatului inductori ai cancerului pulmonar, ca nitrozamina. El oferă protecţie fumătorilor împotriva infarctului miocardic şi accidentului vascular cerebral prin inhibiţia agregării plachetare.

AntiTabac Plant, este un produs fitoterapic, care conţine extracte din *Caladium seguinum* şi din *Phytolacca decandra.*

Extractul de *Caladium seguinum* se adresează tulburărilor provocate de fumat, tuse şi opresiune toracică, pierderea

---

[2.34] E.J. Houtsmuller et al. Effect selegiline (1-deprenil) during smoking and short-term abstinence. *Psychopharmacology* (Berl) 2002. Sept; 163 (2): 213 - 20

Scanned with OKEN Scanner

memoriei, tulburări digestive, ameţeli, tulburări oculare şi migrene.

Extractul de *Phytolacca decandra* reduce dorinţa de fumat.

2.6. RENUNŢAREA LA FUMAT

2.6.1 Consiliere pentru renunţarea la fumat

Majoritatea fumătorilor (aproximativ 60%) vor să abandoneze fumatul, să fie liberi. Aceasta nu este uşor de realizat, ţinând seama de fenomenele de obişnuinţă şi dependenţă. Ea depinde de gradul de dependenţă al fiecărui fumător* şi necesită o tratare specifică adaptată fiecărui fumător. De aceea au fost create centre de tabacologie care pot recomanda cea mai bună metodă de sevraj.

La primăriile arondismentelor din Paris unde cetăţenii au acces liber sunt expuse pentru consultare pliante, gratuit, cu informaţii şi îndrumări.

Pe prima pagină color a unui astfel de pliant (cu 6 pagini) scrie:

ARRETER**
DE FUMER.....
C'EST POSSIBLE.

Consultations
de tabacologie

MAIRIE DE PARIS

---

* Există diferite teste pentru determinarea şi autodeterminarea gradului de dependenţă cum este testul Fagerström (pag. 82)

** Oprirea fumatului..... este posibilă. Consultaţii de tabacologie. Primăria din Paris

Scanned with OKEN Scanner

Pe pagina a doua este trecut: „ Profesioniştii vor să vă ajute." Eu ezit să încetez de a fuma, cum întăresc motivaţia mea ? Cum să evaluez dependenţa şi care sunt beneficiile unei renunţări, ce răspuns am la temerile mele privind sevrajul (recădere, greutate....) ?, Care sunt riscurile tabagismului pentru mine şi anturajul meu ?. Eu am încercat deja de mai multe ori să întrerup fumatul, ce pot face ?, Eu am decis să întrerup fumatul şi caut sfaturi.

Pe două pagini următoare, se dau indicaţii: „Pentru a răspunde la toate întrebările acestea pe care vi le puneţi despre sevrajul tabagic, informaţi-vă la medicul dumneavoastră, farmacistul dumneavoastră sau de la una din adresele: Direcţia de Acţiune Socială şi Sănătate a oraşului Paris. Apoi sunt date adresele şi numerele de telefon ale centrelor medico-sociale şi ale spitalelor din Paris.

Pe ultima pagină se pun şapte întrebări importante:

- Ansamblul de 90% de cancere ale plămânului, cavităţii bucale, faringelui, esofagului, vezicii urinare vor fi evitate prin abandonul fumatului ?
- Pilula este contraindicată fumătoarelor ?
- Se decelează nicotină în urina ne-fumătorilor care coabitează cu fumătorii ?
- Efectele benefice încep imediat după întreruperea fumatului ?
- 98% din arterite se întâlnesc la fumători ?
- 70% din fumătorii adulţi doresc să întrerupă intoxicarea?
- Femeile însărcinate pot beneficia de plasture cu nicotină pentru a întrerupe fumatul dacă ele nu o pot face singure?

De remarcat că informaţiile privind drogurile legale şi nelegale se pot obţine telefonic şi gratuit prin INFOS SERVICES 113.

Institutul Naţional American contra Cancerului a elaborat o metodă în patru etape care poate servi de ghid în activitatea de consiliere pentru oprirea fumatului.

- Abordarea problemei.

Scanned with OKEN Scanner

Cum consideraţi comportamentul vostru tabagic? Care-i sunt avantajele? Credeţi că obiceiul vostru ar putea dăuna sănătăţii voastre sau celei a copilului vostru? Aţi încercat deja să întrerupeţi fumatul şi care v-a fost experienţa? Vreţi să abandonaţi tutunul? Cum v-ar putea ajuta soţul (soţia) în lupta dumneavostră cu tutunul?

- Consiliere de încetare.

Puneţi în evidenţă avantajele renunţării la fumat şi sfătuiţi-l ferm pe fumător să nu mai consume nicotină.

- Oferirea unui ajutor pentru renunţare.

Încercaţi să stabiliţi un plan de acţiune cu scopul obţinerii succeselor. Stabiliţi ziua opririi. Comportamentele tabacice vor trebui identificate şi se vor dezvolta strategii alternative personale. Recompensaţi alternativele de renunţare. Implicaţi soţul (soţia) cu scopul susţinerii sale. Distribuiţi pliante cu informaţii asupra întreruperii fumatului.

- Asigurarea urmărilor.

Învăţaţi din rezultatele obţinute în demersul pentru întrerupere. Încurajaţi o nouă tentativă de întrerupere în caz de eşec. Participaţi la creerea de strategii pentru gestionarea unor situaţii dificile în timpul opririi sau revenirii.

În ţara noastră unele fundaţii au popularizat reguli pentru renunţarea la fumat:

- Alegeţi o zi de luni din care să vă propuneţi să vă lăsaţi de fumat. Anunţaţi-vă prietenii, deoarece o promisiune făcută public vă va întări ambiţia.
- Ascundeţi scrumierele, chibriturile şi orice altceva care vă aminteşte de fumat.
- Măriţi timpul de şedere în locuri unde nu se fumează.
- Creşteţi durata de plimbări în aer liber.
- Întocmiţi o listă cu obiecte pe care vi le doriţi de mult. În dreptul fiecărui articol scrieţi costul transformat în pachete de ţigarete sau ţigarete.
- Organizaţi o aniversare a primelor 6 luni de când v-aţi

Scanned with OKEN Scanner

lăsat de fumat.

Asemenea sfaturi se dau şi pe INTERNET *:

- *Înlocuiţi fumatul cu altă activitate,* mâncaţi fructe sau mestecaţi gumă. Ocupaţi-vă mâinile cu un pix sau stilou (în locul ţigaretei)
- *Consumaţi băuturi fără cofeină*
- *Dormiţi când vă simţiţi obosiţi,* moment favorabil aprinderii unei ţigarete care trebuie evitat
- *Reduceţi stresul,* relaxându-vă prin meditaţie, plimbare, respiraţie adâncă etc.
- *Căutaţi sprijinul şi ajutorul prietenilor,* eventual al unui prieten care doreşte să renunţe la fumat.
- *Apelaţi la un medic,* pentru folosirea substituenţilor nicotinici.
- *Încercaţi să evitaţi acţiunile care vă sporesc dorinţa de a fuma.* Notaţi care au fost momentele cu cea mai mare tentaţie de a fuma şi încercaţi să le evitaţi

2.6.2. Contribuţia cabinetelor dentare la întreruperea fumatului.

Tabagismul este un factor important de risc de *parodontite avansate,* reacţii slabe la tratamentul parodontal, neoplasmul bucal şi de eşec al implantelor dentare.[2.35]

În plus fumătorii au de trei ori mai multe carii şi pierd dinţii mai de timpuriu decât nefumătorii.

Ţinând seama de impactul tabagismului asupra sănătăţii buco-dentare, cabinetul dentar este un loc ideal pentru intervenţii privind renunţarea la fumat, aici venind majoritatea fumătorilor care sunt obligaţi să consulte un medic stomatolog.

Cu toate că publicul ştie că morbiditatea este asociată tabagismului, 25-30% dintre canadieni şi americani continuă să

---

* http://www.planetafitness.go.ro/articole/fumat articol.html

[2.35] H.S. Sandhu, Ghid practic asupra dezobişnuinţei de tutun în cabinetele dentare, J. Canad. Assoc. 2001, 67:153-7

Scanned with OKEN Scanner

fumeze. În SUA publicitatea în jurul urmăririlor judiciare, mult mediatizate, a dus la conştientizarea populaţiei de pericolul tutunului, iar tentativele fabricanţilor de tutun de a camufla efectele nocive ale tutunului nu au făcut decât să sensibilizeze în plus publicul.

Cabinetele dentare, un mediu fără fum de tutun.

Trebuie ca pacienţii să fie informaţi de politica antifumat a cabinetului dentar prin afişe privind interdicţia fumatului. Plasarea în sala de aşteptare a documentaţiei privind programele de întrerupere a fumatului eventual cu fotografii ale pacienţilor înainte şi după ce au renunţat la fumat.

Personalul cabinetului staomatologic ar trebui instruit de organizaţiile locale care se ocupă cu îndrumarea celor care vor să renunţe la fumat.

Este necesar ca personalul care fumează să fie ajutat să renunţe pentru că altfel nu ar avea credibilitate în faţa pacienţilor pe care îi îndrumă.

În dosarul cu antecedente medicale şi dentare ale pacientului trebuie incluse şi chestiuni privind fumatul, de cât timp şi câte ţigarete pe zi pentru a evalua gradul de dependenţă.

Nu trebuie neglijată felicitarea pacienţilor care nu fumează şi în special a tinerilor, încurajându-i să nu fumeze niciodată.

Pacienţii trebuie informaţi despre efectele tutunului asupra sănătăţii în general şi asupra sănătăţii lor buco-dentare în special, folosind în acest scop fotografii care să ilustreze diferenţele între fumători şi nefumători sau în care să se vadă că sănătătea buco-dentară s-a ameliorat în urma renunţării la fumat.

La fiecare vizită, stomatologii şi igienişti dentari se vor informa asupra consumului actual de tutun al pacientului dându-i informaţii la zi. Chiar dacă pacientul nu se arată gata să înceteze fumatul va trebui să i se ceară să înceapă să reflecteze în acest sens. Nu trebuie ca pacientul să simtă că se fac presiuni asupra lui. El trebuie încurajat şi ajutat pentru a lua o decizie finală. În

Scanned with OKEN Scanner

atitudinea faţă de pacient trebuie să se ţină seama de gradul de dependenţă de nicotină al pacientului.

Profesioniştii stomatologi trebuie să se limiteze la scurte intervenţii sau şedinţe de consultaţii. Marii fumători, mai ales cei care pezintă semne de depresie clinică şi conflicte emoţionale şi sociale avansate, vor fi dirijaţi către clinici specializate în toxicomanii sau către psihologi ori psihiatri clinicieni.

2.6.3. Foştii fumători se simt bine

Candidaţii la renunţarea la fumat sunt adesea preocupaţi de sănătatea lor fizică. Asociaţia elveţiană pentru prevenirea tabagismului consideră că stoparea fumatului are efecte pozitive şi asupra sănătăţii spirituale şi intelectuale, care pot constitui o motivaţie suplimentară pentru renunţarea la fumat.[2.36]

Eliberarea de tabagism dă o stare de bine atât pentru corp cât şi pentru suflet.

În cadrul unui vast studiu olandez, 9660 de bărbaţi şi femei au fost interogaţi asupra calităţii vieţii lor. Ex-fumătorii se simt mult mai bine şi iau viaţa mai uşor decât fumătorii. Diferenţa cea mai mare este cea privitoare la dificultăţile de ordin emoţional la apropierea cuiva. În această privinţă, pe o scară de 100 de puncte, calitatea vieţii este resimţită la ex-fumători cu 8 puncte mai mult decât la fumători.

În Elveţia, jumătate din fumători ar dori să se elibereze de nicotinodependenţă. Motivul principal constă în grijile pe care şi le fac pentru sănătatea lor. Fumătorii care se tem pentru sănătatea lor doresc de trei ori mai mult să stopeze fumatul decât fumătorii care nu au această preocupare.

Majoritatea fumătorilor, care încearcă să renunţe la fumat, reiau fumatul. Sunt necesare de obicei numeroase tentative înainte de a reuşi. Pacienţii trebuie să tragă concluzii din

---

[2.36] I. Mulder et al. Smoking Cessation and Quality of life: The Effect of Amount of Smoking and Time Since Quitting. Preventive Medicine 2001, 33, p 653

Scanned with OKEN Scanner

recăderea lor şi să elaboreze strategii care să le permită evitarea aceloraşi erori în viitoarea încercare. Să evite situaţii emotive, stressante, să evite consumul de alcool, recepţiile sau alte întâlniri unde se fumează.

Dacă un fumător a reuşit să înceteze fumatul, el nu trebuie să mai primească ţigarete, din când în când, pentru că toleranţa creată faţă de nicotină pare să fie permanentă şi aprinderea unei ţigarete, chiar după ani de abstinenţă, declanşează reacţia de dependenţă de nicotină.

Ex-fumătorii care au renunţat la fumat de peste doi ani au şanse de a rămâne nefumători toată viaţa. După doi ani de la eliberarea de fumat numai 2-4% dintre ex-fumători şi-au reînceput fumatul. După 10 ani, numai 1% a reînceput fumatul. Persoanele care au reînceput fumatul după doi ani sau mai mulţi ani de abstinenţă consumă şi băuturi alcoolice dupa cum a fost arătat de către un studiu american realizat pe 483 de bărbaţi.[2.37] Peste 60 de milioane de fumători au renunţat la fumat.

2.6.4 Politoxicomani

Sunt date în literatură care privesc subiecţii alcoolo-dependenţi şi mai puţin legăturile între consumatorii de alcool şi de tutun la populaţiile nealcoolo-dependente.

S-a constatat o corelaţie pozitivă între consumul de alcool şi de tutun.

Consumul de tutun la subiecţii alcoolo-dependenţi constituie principala cauză a mortalităţii. La un grup de subiecţi alcoolici, după 10-20 de ani, tutunul este responsabil de 51% din decese în timp ce numai 34% ar putea fi atribuite alcoolului.

La alcoolo-dependenţi prevalenţa tabagismului depăşeşte 80%. Alcoolo-dependenţii au un consum de tutun şi o dependenţă tabagică ridicate şi dificultăţi de întrerupere importante.

[2.37] Press Release Eurek Alert 27.02.2002

Scanned with OKEN Scanner

Stoparea fumatului nu trebuie să fie ocolită la pacienţii alcoolo-dependenţi chiar dacă aceasta la ei este mai dificil de realizat decât la alţii. Se pare că sevrajul tabagic nu induce o creştere a consumului de alcool. Modalităţile de sevraj nu diferă de cele utilizate la alţi fumători. Alegerea sevrajului tabagic este dificilă: sevraj simultan sau secvenţial? Este necesar să fie respectată opţiunea pacientului. Pe de altă parte, este importantă recomandarea limitării consumului de alcool la un fumător ne-alcoolo-dependent în timpul sevrajului în măsura în care creşte pofta de fumat şi constituie o cauză de recădere tabagică.

Consumul concomitent de alcool şi *benzodiazepine* poate da naştere la grave tulburări de comportament. Subiectul alcoolo-dependent trebuie considerat cu risc de dependenţă la diazepine. La subiecţii în tratament de substituţie (cu nicotină), sevrajul alcoolic este posibil, dar riscul de a induce o depresie respiratorie prin asocierea metadonei sau buprenorfinei şi benzodiazepinei impune o vigilenţă extremă.

2.6.5. Beneficiile renunţării la fumat

2.6.5.1. Efecte asupra stării de sănătate

Stoparea fumatului reduce mortalitatea şi morbiditatea maladiilor legate de fumat în ansamblu. Reducerea este măsurabilă din prima zi de abstinenţă.

În 8 ore de la încetarea fumatului:

- oxigenarea sângelui revine la normal;
- încep să se diminueze riscurile de infarct miocardic.

În 24 de ore monoxidul de carbon este eliminat din corp;

În 48 de ore nicotina nu mai este detectabilă în sânge;

Într-o săptămână simţul gustului şi mirosului se ameliorează;

În 3-9 săptămâni dispar problemele de respiraţie;

Scanned with OKEN Scanner

Într-un an se reduce la jumătate riscul bolilor de inimă şi al cancerului pulmonar;

În 15 ani probabilitatea de infarct o egalează pe cea la care este supus un nefumător.

Cu cât timpul de când s-a abandonat fumatul este mai mare riscul unei boli legate de tutun este mai mic.

Totuşi nu este niciodată prea târziu pentru a întrerupe fumatul. Într-adevăr o echipă de medici britanici după un studiu făcut timp de 40 de ani, a arătat următoarele:

- O întrerupere înaintea vârstei de 44 de ani permite descreşterea riscului de moarte prematură la nivelul nefumătorilor.
- Diminuarea mortalităţii premature a fost observată atât pentru decesele din cauze cardio-vasculare cât şi pentru cele legate de cancerul pulmonar.

Stoparea consumului de tutun este benefică nu numai pentru individ, ci şi pentru anturajul său (dacă ţinem seama numai de fumatul pasiv).

O maladie legată de tutun influnţează oprirea fumatului .

Diagnosticul unei boli imputabile consumului de tutun sau o complicaţie acută sunt bune ocazii pentru motivarea opririi fumatului.

Beneficiul stopării fumatului în privinţa reducerii riscurilor cardio-respiratorii este rapid.

După un accident coronar, 25% dintre bolnavi reiau fumatul după 6 lunişi 50% după un an(în Franţa).

Contrar părerii unor medici, substituenţii nicotinici nu sunt contra-indicaţi la coronarieni, întrucât ei nu măresc nici riscul de recădere nici pe cel al producerii unui infarct miocardic. În toate cazurile, substituţia nicotinică este mai puţin periculoasă decât menţinerea tabagismului. Substituţia trebuie adaptată necesităţii asigurând o acoperire continuă (cu plasturi) şi o variaţie în timpul zilei (cu pastile, gumă, spray). Controlul nivelului cotininei poate fi util pentru o adaptare individuală a substituţiei.

Scanned with OKEN Scanner

Fumătorii atinşi de o boală neimputabilă fumatului pot ajunge la sevraj în timpul spitalizării. În acest caz se recomandă o substituţie nicotinică cât mai precoce ca şi reînnoirea incitării la stoparea fumatului.

2.6.5.2 Reducerea cheltuielilor

Fumătorii cheltuiesc anual 300 miliarde de dolari (SUA) pentru produsele din tutun, la care se adaugă 200 miliarde de dolari reprezentând cheltuieli medicale şi pierderile întreprinderilor care au fumători printre angajaţi. În total 500 de miliarde de dolari care ar putea să nu fie cheltuiţi dacă oamenii nu ar mai consuma tutun.[2.38]

Se estimează că 14,7 miliarde de euro reprezentând 60% din totalul cheltuielilor medicale în Germania şi 76 miliarde de dolari în SUA sunt alocaţi anual pentru tratamentul bolilor provocate de tutun. La aceste sume se adaugă cheltuielile suportate de întreprinderi reprezentând 60% din cea menţionată mai sus pentru costurile pe care le implică fumatul la locul de muncă.

Se poate estima că în România, o societate comercială cu 1000 de angajaţi, dintre care 400 de fumători care consumă zilnic şase ţigări şi un minim de 30 de minute, cumulează 12000 de minute de lucru pierdute pe zi, echivalentul a 200 ore. Într-un an de zile pierderile întreprinderii se apropie de 45000 de euro.

În România un fumător mediu, cu un salariu mediu cheltuieşte cel puţin 12% din veniturile sale pentru procurarea drogului, nicotina şi munceşte pentru aceasta o oră pe zi. Dacă nu ar fi riscurile de morbiditate şi mortalitate, numai pentru cheltuiala făcută cu procurarea drogului şi merită să renunţi la fumat. Ce nu s-ar putea face cu banii recuperaţi ?

În tabelul 2.5 sunt trecute economiile pe care le poate face un fumător renunţând la fumat într-o zi, o săptămână şi un an, în bani şi la prelungirea vieţii în timp. A fost luat un consum mediu

---

[2.38] *Capital*, 24.12.2002

Scanned with OKEN Scanner

de un pachet de ţigări pe zi cu un preţ mediu de 0.58 euro. Orice fumător poate trece valorile proprii în tabel şi economiile vor diferi, vor fi şi ele proprii.

Tabelul 2.5

Ce pot câştiga fumătorii abandonând fumatul

	Într-o săptămână	Într-o lună	Într-un an
Economie în pachete de ţigări	7 pachete	30 pachete	365 pachete
Economie de bani	4,06 euro	17,4 euro	211,7 euro
Speranţă de viaţă	1 zi 1 oră şi 40 minute	4 zile şi 14 ore	7 săptămâni

Ce nu se poate face cu 211,7 euro anual! Îmbunătăţirea condiţiilor de locuit, activităţi culturale, turism în ţară şi străinătate etc.

Dacă o tânără responsabilă îşi doreşte un copil, renunţă la fumat în timpul sarcinii şi nu mai reia fumatul după naştere. Depune apoi pentru copil la o bancă 211 euro în fiecare an. După 20 de ani are 4234 euro cu care poate aconta un apartament pentru copilul său care a crescut între timp. În cazul în care ambii părinţi au renunţat la fumat suma este dublă, 8468 euro şi se poate cumpăra o garsonieră sau un apartament de două camere. Copiii n-ar mai fi obligaţi să plece în lume pentru a câştiga banii necesari cumpărării unui apartament.

Este dificilă luarea în calcul a costului medicamentelor, detergenţilor suplimentari, tratamentelor stomatologice (inclusiv pentru albirea dinţilor), a cosmeticelor pentru atenuarea ridurilor, a timpului suplimentar folosit pentru spălarea scrumierelor, perdelelor, mobilierului, împrospătarea pereţilor etc, dar cel care

Scanned with OKEN Scanner

cumpără ţigarete trebuie să-şi pună problema că acestea îl costă mult mai mult.

2.6.5.3. Reducerea accidentelor rutiere

5% din accidentele rutiere sunt imputabile fumatului. Riscul este legat de trei factori principali:

- Accelerarea ritmului cardiac şi puseul de tensiune arterială provocate de fiecare inhalare a fumului de tutun.
- Restrângerea câmpului vizual provocată de fum.
- Intoxicarea cu oxid de carbon rezultat prin arderea tutunului care provoacă dureri de cap, oboseală şi adesea o somnolenţă la volan

Reducerea atenţiei la volan

Conducătorul auto se găseşte între două automatisme:

- cel al conducerii şi
- cel al fumatului: aprinderea ţigaretei, aruncarea scrumului, mişcarea mâinii de la volan la gură şi retur.

Gesturile fumatului abat atenţia şi determină reflexe mai puţin eficiente în caz de pericol.

Trebuie ales între a conduce şi a fuma.

2.6.5.4. Reducerea incendiilor

Tabagismul este prima cauză a incendiilor în 8 ţări care dispun de statistici în acest domeniu.* El cauzează 100000 de incendii pe an în SUA adică 36% din toate incendiile. Costul lor este de 7 miliarde dolari pe an. Apartamentele locuite de fumători au o şansă de 5 ori mai mare de a fi incendiate decât cele locuite de nefumători.

În statistica pompierilor militari din România pentru anul 2002 se arată că s-au produs zilnic în medie 35 de incendii, în total 11635. Principalele cauze au fost: focul lăsat nesupravegheat 28%, neglijenţa fumătorilor 16%, instalaţiile electrice

* Leisticor et al : *Preventive medicine* 31, 91, 2000.

Scanned with OKEN Scanner

improvizate sau defecte 16%, jocul copiilor cu focul 8%, acţiunile intenţionate.

Procentul datorat fumătorilor este mai mic decât în alte ţări pentru că alte cauze sunt mai frecvente la noi. Şi 16% este mult, dacă se consideră că se pot elimina cauzele corespunzătoare fără cheltuieli (chiar cu economii).

Cauzele incendiilor sunt adesea mixte, datorită atât fumatului cât şi consumului de alcool. Fumătorul în stare de ebrietate aprinde ţigareta şi adormind o scapă aprinsă din mână, se produce incendiul şi el nu este în stare să acţioneze.

Cred că este necesar un sfat:

Până renunţaţi total la fumat, nu fumaţi niciodată în pat.

2.7. PREVENIREA TABAGISMULUI

2.7.1. Organizarea luptei anti-tutun

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a identificat 10 riscuri majore pentru sănătatea mondială, responsabile de 40% din cele 56 de milioane de decese care au fost înregistrate în lume în anul 2000. După raportul OMS intitulat „ *Reducerea riscurilor şi promovarea unei vieţi sănătoase*" riscurile majore sunt : subalimentaţia, practicile sexuale periculoase, hipertensiunea arterială, tabagismul, alcoolismul, proasta calitate a apei, colesterolul, fumul emanat de combustibilii solizi, carenţele în fier şi obezitatea. Pentru clasament, OMS face o distincţie între speranţa de viaţă totală şi speranţa de viaţă sănătoasă. În Japonia prima este de 84,7 ani pentru femei şi 77,5 ani pentru bărbaţi, în timp ce a doua este de 73,6 ani pentru ambele sexe, Japonia fiind ţara cea mai bine plasată din acest punct de vedere.

În anul 2000 au murit 4,9 milioane de oameni ca urmare a fumatului faţă de numai 3,9 milioane în anul 1990. Această creştere se realizează mai ales în ţările în curs de dezvoltare.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă guvernele nu vor lua măsuri drastice, în anul 2020 vor muri din cauza fumatului 8,4 milioane de oameni.

Consumul de tutun duce la o pierdere economică de 200 milioane de dolari pe an de către comunitatea internaţională.* Reducerea consumului de tutun este o măsură de sănătate publică dintre cele mai importante pe care ţările o pot lua atât pentru ameliorarea sănătăţii cât şi pentru realizarea de economii; de acestea beneficiază individul, familia, societatea prin costul medicamentelor, prin productivitate legată de morbiditate, prin costul incendiilor etc.

Banca Mondială estimează că produsele din tutun costă comunitatea internaţională în jur de 200 miliarde de dolari pe an. Ele sunt responsabile de degradarea mediului şi provoacă suferinţe fumătorilor, familiilor lor şi prietenilor lor.

Prima campanie anti-tutun a fost lansată în SUA în anul 1964 şi apoi în Anglia în 1967.

Interesele economice puternice ale companiilor de manufacturat ţigarete, care reprezintă peste 90% din consumul de tutun, se opun adoptării de măsuri care să ducă la reducerea efectelor consumului de tutun asupra sănătăţii. Folosirea tutunului este exemplul în care interesele particulare se opun intereselor colectivităţii. Teoretic se cunosc măsuri care, luate, reduc bolile cronice şi morbiditatea legate de tutun. Practic este necesară luarea unui ansamblu de măsuri care cer curaj politic pentru aplicare pe o perioadă lungă de timp.

Dată fiind existenţa îndelungată şi generalizată a fumatului, nu este posibilă acum interzicerea sa, dar este realizabilă reducerea importantă şi durabilă a prevalenţei tabagismului.

Sunt necesare măsuri deosebite pentru a evita o catastrofă datorită consumului de tutun de către femei şi tineri.

Cu toate că ţările Regiunii europene au adoptat în marea lor majoritate elemente de politică antitabac, persistă încă lipsa

---

* OMS. Bureau régional de l'Europe. Troisième plan d'action pour une Europe sans tabac 1997-2001, Copenhaga, 2000

Scanned with OKEN Scanner

unui angajament şi a incapacităţii de aplicare a unei politici eficiente.

Unele măsuri concrete, importante s-au luat mai ales în ultima vreme. Guvernul elveţian a luat măsura ca gările, spaţiile subterane sau închise să fie declarate zone interzise fumatului, măsură devenită deja realitate în SUA.

De asemenea în 54 de gări germane fumatul este interzis. „Deutsche Bahn" permite fumatul numai în zone special amenajate. Echiparea unui număr total de 63 de gări cu tăbliţe indicatoare şi scrumiere pentru zonele fumătorilor va costa 5 milioane euro. În schimb calea ferată va economisi milioane din cheltuielile de curăţenie.

Comitetul regional al Europei din OMS, în rezoluţiile WHA 3914 şi WHA 4316, a demarat politicile antitabac integrate şi în WHA 4917 a cerut elaborarea unei convenţii-cadru, internaţională, pentru lupta antitutun conform articolului 19 din Constituţia OMS care a fost votată în mai 2003(2.7.5).

Ţările nordice şi unele ţări din Europa occidentală dispun de cadre legislative mai integrate. Lor li s-au alăturat şi unele ţări din Europa orientală.

În articolul 129 al tratatului de la Maastricht al Uniunii Europene se stipulează că punctul de vedere asupra sănătăţii trebuie să facă parte din toate politicile comunitare. Sub formă de directive Uniunea europeană a fixat norme minime în lupta antitutun. De exemplu oprirea subvenţiilor agricole date producătorilor de tutun.

La Conferinţa europeană de la Madrid asupra politicii antitabac din anul 1988 a fost adoptată Carta contra tabagismului.

Uniunea Europeană a invitat în 1991 toate ţarile membre la acţiunea de creştere a proporţiei de nefumători la 80% până în anul 2000 şi la protejarea nefumătorilor contra expunerii involuntare la fumul de tutun. Numărul nefumătorilor a crescut, dar nu a atins 80%.

După directivele anti-tutun ale Uniunii Europene din anul 2000, începând cu anul 2002, conţinutul în gudroane al fiecărei

Scanned with OKEN Scanner

ţigarete va fi redus la 10-12 miligrame, iar cantitatea maximă de monoxid de carbon va fi de 10 mg şi cea de nicotină de 1 mg.

Va trebui să se renunţe la toate mărcile de ţigarete care menţionează versiunea „light" sau „ultralight", aceste menţiuni fiind considerate înşelătoare.

Politica pentru un mediu fără fumat în Canada

În ianuarie 1987 guvernul de la Québec a adoptat „Legea privind protecţia nefumătorilor în anumite locuri publice ". În vederea aplicării acestei legi, Şcoala Poltehnică a adoptat în 1988 o „Politică a nefumătorilor " care a fost modificată în 1991 şi revizuită în 1997.

În iunie 1998 guvenul din Québec adoptă „Legea asupra tutunului", mult mai restrictivă decât prima, care interzice fumatul în toate instituţiile de învăţământ inclusiv în Universităţi. Această lege a intrat în vigoare în decembrie 1999.

Ţinând seama de prevederile „Cartei drepturilor şi libertăţii persoanei", „ Codului civil din Québec" şi ale „Legii privind sănătatea şi securitatea muncii", Şcoala Politehnică a adoptat „Politica pentru un mediu fără fumat" care a intrat în vigoare în 1999.

Această politică are ca scop protejarea sănătăţii studenţilor şi personalului Şcolii Politehnice de efectele dăunătoare ale fumatului în mediul înconjurător şi ameliorarea calităţii aerului şi vieţii. Pentru aceasta este interzis fumatul tot timpul, peste tot, în toate pavilioanele şcolii de către studenţi, personal şi vizitatori. Fumătorii pot totuşi fuma în spaţii rezervate în acest scop. Interdicţia fumatului este indicată prin afişe la intrările tuturor pavilioanelor şcolii.

Şcoala Politehnică oferă tuturor persoanelor care vor să reducă sau să întrerupă fumatul, programe de ajutor individual şi colectiv.

Scanned with OKEN Scanner

Serviciul Resurse umane în colaborare cu Serviciul de sănătăte al Biroului problemelor studenţeşti este responsabil de diferite programe de ajutor.*

2.7.2. Obstacole la politicile anti-tutun

Cu toate că Regiunea europeană oferă multe exemple de luptă anti-tutun integrată, există şi numeroase exemple de măsuri parţiale şi de neaplicare a legislaţiei. Prea puţine ţări au ţinut seama în programele lor naţionale de împiedicarea răspândirii tabagismului la femei şi practic niciunul din aceste programe nu ia în consideraţie specificitatea fiecărui sex. Publicitatea televiziunilor şi presa transnaţională pun adesea probleme, chiar cum este cea a vânzării de tutun copiilor.

Ţările din partea orientală a Regiunii europene se bucură de atenţia industriei transnaţionale a tutunului nu numai prin publicitatea şi promovarea produselor, ci şi prin investiţii în industria prelucrării tutunului din cauză că aceste ţări nu au încă noi legislaţii anti-tutun. Unele dintre ele nu pot jugula contrabanda şi nu pot încasa taxele pe produsele din tutun.

Ofensiva societăţilor multinaţionale asupra noilor pieţe a fost mult uşurată de filosofia liberului-schimb.

Pentru produsele cu risc pentru sănătate sau ordine publică există acorduri internaţionale după care ţările controlează exportul lor şi respectă reglementările altora. Este cazul substanţelor psihotrope. Dar aşa ceva nu există pentru tutun. În anul 1996 OMS a preconizat[2.39] elaborarea unei convenţii-cadru internaţionale pentru lupta anti-tutun care a fost semnată în mai 2003 (vezi 2.7.5).

2.7.3. Reglementări ale OMS pentru o Europă fără tutun

Cercetarea şi exemplele concrete arată că este posibilă reducerea remarcabilă a fumatului cu consecinţe pozitive asupra

---

* http://www.polymtl.ca/sg/docs-officiels/1310csf.htm

[2.39] Rezoluţia OMS, WHA 49.17

Scanned with OKEN Scanner

sănătăţii şi economiei aplicând strategii care au probat eficacitatea lor.

La produsele din tutun, fabricate pentru a conţine doze calculate de nicotină, drog care dă obişnuinţă şi grave consecinţe pentru consumatori, este normal să fie reglementat consumul lor de către o agenţie specializată în reglementarea drogurilor.*

Reglementarea comerţului

Creşterea taxelor pe produsele din tutun duce la scăderea consumului lor. O creştere cu 10% a preţului ţigaretelor duce la scăderea totală a consumului cu 5%, iar pentru tineri cu 10-15%.

Prin fixarea unui preţ minim la produsele+ din tutun se menţin consumatorii cu bani puţini departe de comerţ şi se împiedică începerea fumatului de către alţii. Produsele din tutun trebuie astfel taxate încât consumatorii să nu treacă de la un produs la altul. Preţul tutunului trebuie exclus din calculul indicelui de preţ pentru a evita efectul inflaţionist asupra indicelui de cost al vieţii. Taxele pe produsele din tutun ar putea fi folosite la finanţarea luptei anti-tutun, cuprinzând educaţia pentru sănătate, cercetarea pentru lupta anti-tabac şi ajutorul serviciilor de sănătate.

Conform celui de-al treilea plan de acţiune pentru o Europă fără tutun (1997-2001), începând din anul 2001, toate ţările din Regiunea europeană trebuie să aibă o politică de taxare a produselor din tutun care să reducă consumul, să adopte o legislaţie care să limiteze accesul tinerilor sub 18 ani la produsele din tutun, să instituie o interdicţie totală a publicităţii pentru produsele din tutun şi să stabilească mijloace de luptă eficiente împotriva contrabandei cu produse din tutun. De asemenea, s-a hotărât ca ţările Regiunii europene să adopte o legislaţie privind avertismentele care să ocupe 20% din faţa unui pachet de ţigarete şi 20% din partea opusă iar până în anul 2005 să impună nivelul maxim de gudron la 12 mg, iar al celui de nicotină la 1 mg pentru o ţigaretă.

---

* Cum este Food and Drug Administration în SUA

Scanned with OKEN Scanner

Tot pentru anul 2001 s-a decis instituirea unei legislaţii care să elimine toate expunerile involuntare la fumul de tutun în toate locurile de muncă, în toate clădirile publice şi în toate mijloacele de transport în comun.

De asemenea, s-a considerat necesară instituirea de programe pentru agenţii de asistenţă primară, medici, infirmiere, farmacişti şi dentişti privind tehnicile de sevraj tabagic conform cu normele convenite şi mecanismele de control al impactului acestor programe.

Începând din anul 2001 trebuia ca toate ţările din Regiunea europeană să ducă campanii susţinute în mass media pentru a incita populaţia în sprijinirea antitabagismului şi a iniţia programe eficiente în toate şcolile.

Este foarte importantă mobilizarea mişcărilor populare contra tabagismului şi creerea unui climat care să fie favorabil scăderii consumului de tutun. Societatea civilă trebuie să dispună de informaţii complete asupra structurilor industriei tutunului, activităţii sale financiare şi influenţei potenţiale asupra politicii şi luării de decizii.

Pentru a acţiona eficient este necesar ca fiecare ţară să instituie comitete de coordonare antitabac care să dispună de mijloace financiare suficiente; ministerele sănătăţii să facă oficiul de secretariate. Se poate folosi o parte din taxele pe tutun pentru a putea finanţa acţiunile anti-tutun.

Comitetele de coordonare trebuie să fie intersectoriale, să cuprindă reprezentanţi ai ministerelor interesate, ca acela de finanţe şi cel de justiţie, alte instanţe guvernamentale, din mass media, organizaţii neguvernamentale specializate în lupta împotriva cancerului, asociaţii de medici, infirmiere, farmacişti, jurişti, educatori şi conducători religioşi. De asemenea trebuie să realizeze planuri de luptă antitutun, cu referiri speciale la femei care să fie însoţite de un calendar de aplicare precis şi cu obiective de reducere a consumului produselor din tutun.

La 15.02.2002, a fost prezentat, la Varşovia, Raportul asupra politicii de luptă anti-tutun în Europa al OMS, de către Biroul regional al Europei. Acest raport reuneşte cele mai bune

Scanned with OKEN Scanner

date disponibile asupra tendinţelor şi nivelului tabagismului, daunelor sale şi politicii anti-tabac, din 48 de ţări. *„Este o bogată sursă de informaţii pentru toţi cei care se implică în protecţia sănătăţii contra daunelor tutunului."**

Raportul prezintă şi analizează date comparative pentru fiecare ţară privind consumul de tutun de către adulţi, tineri, şi măsurile anti-tutun luate. El examinează o largă gamă de măsuri de luptă contra tabagismului ca: interzicerea publicităţii, reglementarea comerţului prin preţ şi fiscalitate, acţiuni care să-i ajute pe fumători să abandoneze tutunul, crearea de medii fără tutun, avertizări asupra pericolelor pentru sănătate şi reglementarea ingredientelor toxice. Raportul rezumă şi datele disponibile privind eficacitatea măsurilor de luptă contra tabagismului.

Din raport se desprind patru concluzii esenţiale:

- Sunt posibile succesele şi s-au inregistrat succese. Anumite ţări au redus consumul de tutun şi consecinţele consumului.
- Atacul condus de industria tutunului contra sănătăţii publice continuă. Ca urmare a promovării agresive internaţionale a industriei tutunului, numărul fumătorilor în Regiunea europeană a OMS este astăzi mai mare decât în urmă cu cinci ani. Creşterea consumului de tutun în ţările din partea orientală a Regiunii europene neutralizează scăderea din ţările părţii occidentale. Cei mai defavorizaţi suferă daunele provocate de tutun.
- Se observă la tineri că nivelul tabagismului tinde să nu mai difere la sexe şi regiuni geografice.
- Lupta împotriva tutunului intră într-o fază nouă. Divulgarea de informaţii confidenţiale şi de documente secrete difuzate de foştii salariaţi, ca şi acţionarea în justiţie pun în evidenţă tacticile industriei tutunului cu care au manipulat ştiinţa, viaţa politică şi mass media. Marii producători sunt menţinuţi în defensivă. Noi directive ale Uniunii europene şi Convenţia-

---

* Dr. Marc Danzon, director general al OMS pentru Europa

Scanned with OKEN Scanner

cadru asupra luptei anti-tutun urmăresc punerea industriei tutunului în imposibilitatea de a slăbi reglementările naţionale.

Realizări:

Noile date referitoare la 10 ţări europene unde politicile de luptă contra tabagismului sunt aplicate de câtva timp (Belgia, Finlanda, Franţa, Islanda, Italia, Norvegia, Polonia, Portugalia, Anglia şi Suedia) pun în evidenţă o scădere a numărului de decese datorate tutunului în ultimii ani. Cinci ţări (Finlanda, Islanda, Italia, Slovenia şi Suedia) au anunţat că proporţia fumătorilor la persoanele de peste 15 ani a scăzut sub 25%.

Măsurile de luptă cele mai eficiente cuprind fixarea de preţuri ridicate pentru produsele din tutun, interzicerea totală a publicităţii, ajutor la sevrajul tabagic şi politici privind crearea de medii fără fumători. Aceste măsuri sau altele ar putea fi întărite. De exemplu 25% din ţările Regiunii europene folosesc banii proveniţi din taxele pe tutun la măsurile de luptă contra tabagismului şi promovării sănătăţii, şi numai cinci ţări afectează doar 1% din banii colectaţi.

Din anul 1997 şi până în anul 2001, 75% din ţările Regiunii europene au întărit măsurile de luptă contra tutunului.

Se constată, pe de o parte, progrese importante în multe ţări în care industria tutunului este menţinută în defensivă, iar pe de altă parte industria întăreşte eforturile pentru reorganizare, lărgindu-şi piaţa, recrutând noi fumători şi promovând acceptabilitatea socială a tabagismului.

După *Raportul asupra politicii de luptă anti-tutun în Europa*, industria tutunului foloseşte următoarele tehnici:

- După o perioadă de invazie a pieţelor noi, crearea de confuzii asupra problemelor legate de tutun, în scopul întârzierii şi reducerii eficienţei dispoziţiilor de reglementare propuse;
- Finanţarea şi elaborarea de campanii de informare care să anuleze sfaturile date minorilor pentru a nu fuma şi evitarea restricţiilor riguroase asupra publicităţii ;

Scanned with OKEN Scanner

- Tentativa de a devia dezbaterea despre protecţia sănătăţii la o pretinsă reglementare excesivă a modului de viaţă a oamenilor;
- Contestarea restricţiilor internaţionale asupra produselor din tutun în special care tratează publicitatea şi fiscalitatea:

„Eforturile întreprinse la nivel naţional sunt slăbite de tacticile acestei industrii transnaţionale", a spus dr. Roberto Bertoldini*. „Strategiile de luptă contra tabagismului trebuie acum să depăşească frontierele naţionale".

A treia Conferinţă Europeană „Tutunul sau sănătatea"

La 18 şi 19 februarie 2002 a avut loc la Varşovia a III-a Conferinţă Europeană a OMS, pentru o Europă fără tutun**. La conferinţă au participat miniştrii responsabili ai politicii europene, medici, organizatori de sănătate, epidemiologi, conducători de organizaţii neguvernamentale şi economişti care au examinat concluziile raportului asupra politicii de luptă antitutun în Europa, şi-au împărtăşit experienţele şi au întărit acţiunile coordonate împotriva tabagismului. Conferinţa a impulsionat adoptarea Convenţiei-cadru asupra luptei anti-tutun pe care o negociază 191 State membre ale OMS, primul tratat internaţional, privind o importantă problemă de sănătate.

Convenţia-cadru a fost pregătită de peste 180 de organizaţii neguvernamentale din peste 80 de ţări, la Geneva şi îşi propune obiective ca:

- Pe pachetele de ţigarete avertismentele să ocupe jumătate din suprafaţa pachetelor ;
- Interzicerea menţiunilor „light" sau „milds"care pot face pe fumător să creadă că ţigaretele respective sunt mai puţin periculoase;

---

* Directorul diviziei de susţinere tehnică al Biroului regional al OMS

** Prima Conferinţă Europeană despre o politică fără tutun a avut loc la Madrid în anul 1988

Scanned with OKEN Scanner

- Interzicerea publicităţii produselor din tutun;
- Măsuri mai severe pentru combaterea contrabandei internaţionale cu ţigarete.

Majoritatea Statelor sunt pentru o convenţie puternic reglementată şi plasează lupta anti-tutun deasupra intereselor economice ale industriei tutunului. Ţări influente ca Statele Unite (unde prin măsurile luate prevalenţa fumatului a scăzut), Germania şi Japonia au fost pentru o convenţie de influenţă slabă, servind interesele industriei tutunului.

Între 17 şi 20 aprilie 2002, a avut loc la Institutul Oncologic din Varşovia, Seminarul de planificare a strategiei de control al tutunului în Ţările Central şi Est Europene, iar în perioada 22-24 aprilie Conferinţa Ţărilor Central şi Est Europene pentru controlul tutunului organizate de Fundaţia de Promovare a Sănătăţii şi Ministerul Sănătăţii din Polonia, Uniunea Internaţională împotriva Cancerului din Elveţia, Societatea Americană de Cancer şi Institutul Advocacy din SUA.

Seminarul şi-a propus realizarea unei strategii eficiente adresate celor trei dintre cele mai mari provocări din regiune în domeniul controlului tutunului:

- Cum să fie implicaţi mai mult medicii ca „modele" şi „avocaţi" în toată gama de activităţi din controlul tutunului;
- Cum să fie convinse ministerele de finanţe şi liderii politici să sprijine creşterea taxelor pe tutun şi să acorde sume semnificative pentru programele anti-tutun;
- Cum să fie aduse în prim plan spaţiile publice sau locurile de muncă fără tutun la nivel local, statal sau naţional.

Rezultatul activităţii grupului de lucru din cadrul seminarului s-a concretizat într-un document cu propuneri pentru următoarea Conferinţă Europeană pentru Controlul Tutunului.

Recunoscând faptul că tutunul este un produs toxic care dă dependenţă şi că tabagismul este una din cele mai grave probleme

Scanned with OKEN Scanner

de sănătate publică cu care se confruntă Regiunea europeană a OMS, este necesar în consecinţă un răspuns comun. Generaţiile actuale şi viitoare merită un aer lipsit de fum şi o protecţie contra expunerii involuntare la fumul de tutun ambiant cu consecinţele nefaste pe plan sanitar, economic şi social.

2.7.4. Problema tutunului stă în atenţia Uniunii Europene

Parlamentul European a dat o *Declaraţie scrisă* la 13 martie 2001 privind promovarea anuală a zilelor fără tutun în Uniunea Europeană recunoscând că :

- tabagismul este principala cauză a maladiilor evitabile în Uniunea Europenă;
- mai mult de o jumătate de milion de cetăţeni ai UE mor în fiecare an ca urmare a tabagismului; trebuie luate măsuri urgente pentru a ajuta fumătorii să renunţe la fumat;
- 80% dintre fumători declară că vor să întrerupă fumatul;
- nu există o zi fără tutun la eşalonul UE, iar zilele naţionale fără tutun sunt inegal atribuite în Statele membre;
- cere guvernelor Statelor membre şi Comisiei europene să susţină măsurile anti-tutun şi să instituie o zi anuală fără tutun în UE, ceea ce va ajuta fumătorii să înceteze fumatul;
- Cere guvernelor Statelor membre să promoveze zile naţionale fără tutun;
- Cere însuşi parlamentului să întărească politica privind zonele pentru fumători şi zonele pentru nefumători;
- însărcinează preşedintele să transmită această declaraţie Consiliului de miniştri şi Comisiei Europene.

2.7.5. Problema tutunului este mondială

Până aici m-am referit la problemele legate de consumul produselor din tutun în Regiunea europeană a OMS, din care face

Scanned with OKEN Scanner

parte şi ţara noastră. Merită insă de menţionat că toată lumea se confruntă cu probleme grave datorită consumului de tutun .

La prima adunare mondială cu tema „ Tutunul împotriva sănătăţii", ţinută la sfârşitul anului 2000 la New Delhi (India), la care au participat în jur de 150 de medici, biologi, psihologi, reprezentanţi ai unor ONG-uri, s-a evidenţiat faptul că în India sunt 250 milioane de persoane care se droghează cu tutun, din care 69% sunt fumători, 30.7% mestecă tutunul, şi 0.03% prizează tutunul. A crescut mult prevalenţa fumatului la femei, ajungând la 15% şi chiar 67% în funcţie de regiune. Măsurile de prevenire a tabagismului sunt dificil de luat din cauza faptului că tutunul este considerat parte a culturii naţionale, a reclamei, a îndoielilor privind schimbarea culturilor de tutun cu altele, a temerii de pierdere a locurilor de muncă.

Lupta internaţională împotriva tutunului a dus la adoptarea la 21 mai 2003 a Convenţiei-cadru privind Controlul Tutunului, după patru ani de negocieri, fapt care are o importanţă deosebită pentru sănătatea publică la nivel mondial.

Cei 192 de membri ai OMS au adoptat în unanimitate Convenţia-cadru pentru lupta antitutun care vizează limitarea deceselor şi maladiilor cauzate de tutun.

Pentru a intra în vigoare, Convenţia-cadru trebuie notificată de 40 de ţări sau acceptată într-un mod sau altul.

Convenţia-cadru este primul tratat internaţional de luptă anti-tutun.

În figura 2.17 este reprezentat un pachet de ţigarete produs de British American Tobacco, cu faţa, partea opusă şi o faţă laterală, fără a reţine marca de ţigaretă ci numai menţiunile impuse de Directiva Europeană 2001/37/CE, scrise cu negru pe alb în chenare negre.

Avertismentul de pe prima faţă ocupă circa 35%, iar indicaţia de pe a doua faţă 45%.

Se remarcă faptul că este folosită Directiva Europeană 2001/37/CE pentru avertismente, care la noi încă nu se aplică folosindu-se tot vechea directivă 89/622/CEE.

Scanned with OKEN Scanner

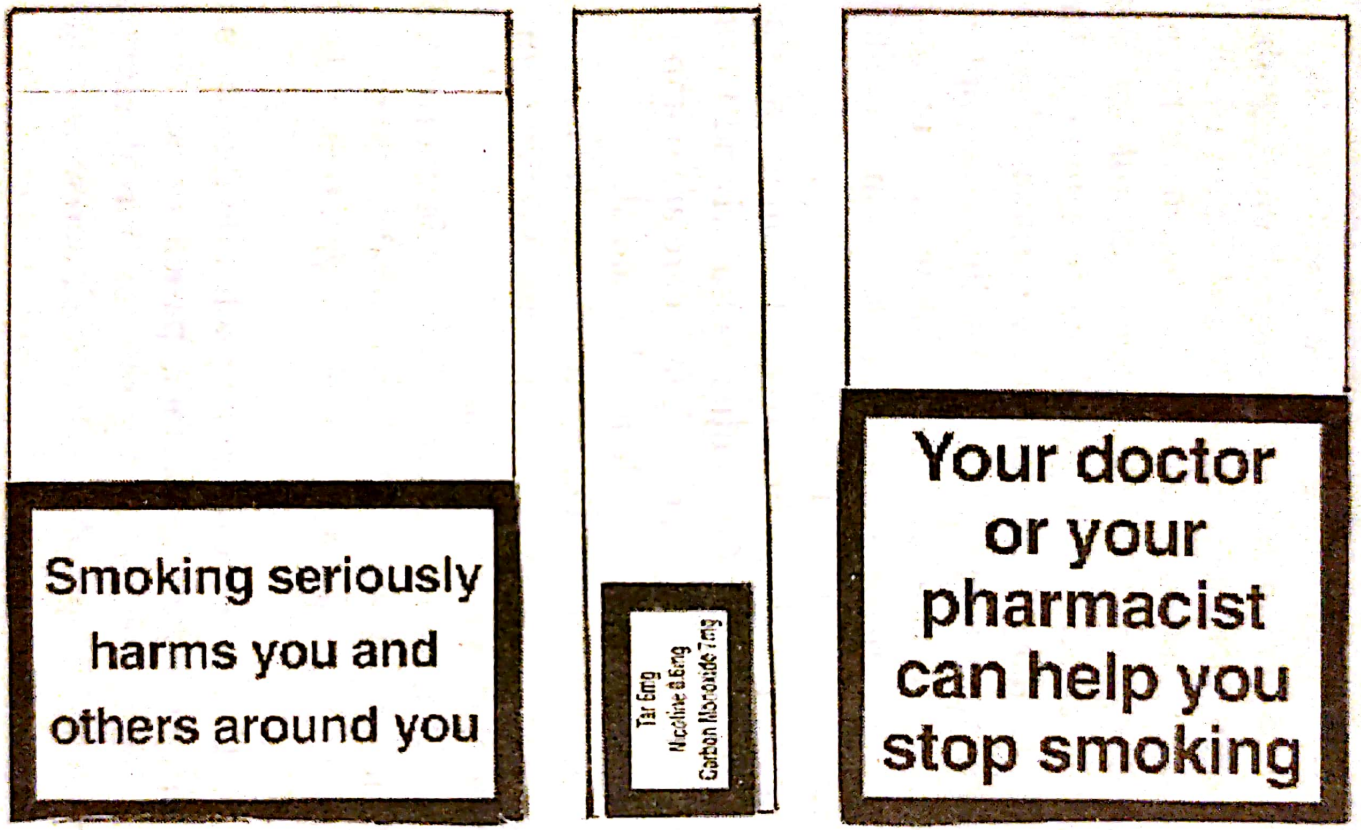


Fig. 2.17. Inscripţiile de pe un pachet de ţigarete conform Directivei UE 2001/37/CE

Scanned with OKEN Scanner

Pe o faţă laterală într-un chenar sunt trecute cantităţile de gudron, 6 mg, de nicotină, 0,6 mg şi de monoxid de carbon, 7 mg.

2.7.6. Măsuri legislative de prevenire şi combatere a tabagismului în România

După anul 1989 s-au produs modificări în structura mortalităţii şi morbidităţii legate de creşterea consumului de tutun. Piaţa tutunului s-a modificat prin importul masiv de ţigarete, companiile internaţionale au găsit o piaţă nouă lipsită de apărare în faţa plasării produselor lor.

Reglementări privind fumatul au apărut de abia în anul 1998 o dată cu Ordinul ministrului sănătăţii nr. 92 privind interzicerea fumatului în toate tipurile de unităţi sanitare.

A urmat ordonanţa de Urgenţă nr. 55/1999 privind interzicerea publicitaţii produselor din tutun în sălile de spectacol şi interzicerea vânzării produselor din tutun minorilor, care a fost completată cu legile 255/2000, 125/2001 şi 151/2002.

Prin Ordinul ministrului sănătăţii 843/2000 sunt stabilite textul şi dimensiunile inscripţiilor avertisment ale formelor de publicitate referitoare la produsele din tutun .

Legea nr. 148/2000 completată şi modificată prin legea 283/2002 reglementează publicitatea şi stabileşte normele obligatorii pentru publicitate la produse din tutun, alcool etc.

Legea nr. 349/2002 pentru combaterea efectelor consumului produselor din tutun, este mai apropiată de prevederile organismelor Europei occidentale privind produsele din tutun.Legea a fost aprobată în Senatul României cu 90 de voturi „pentru", 14 „impotrivă" şi 7 abţineri*. Publicată în Monitorul Oficial la 21 iunie se aplică după 6 luni de la publicare, la 21 decembrie 2002 cu excepţia prevederilor art. 3 alin. (8) şi (9) şi a art.6 care intră în vigoare la data de 31 decembrie 2004.

---

* Un scor destul de bun dacă ţinem seama că însuşi preşedintele Senatului este fumător.

Scanned with OKEN Scanner

Pe scurt, legea are ca obiect protejarea sănătăţii persoanelor fumătoare şi nefumătoare de efectele dăunătoare ale fumatului prin:

- restrângerea fumatului în spaţiile publice închise ;
- inscripţionarea pachetelor cu produse din tutun cu avertismente către consumatori referitoare la nocivitatea tutunului;
- reducerea incidenţei fumatului în rândul tinerilor ;
- desfăşurarea de campanii de informare şi educare a populaţiei inclusiv prin mass-media.

Legea este îngăduitoare cu producătorii prin amânarea aplicării cu doi ani a art.3 alin.(8)şi (9) care precizează:

(8) Sunt interzise producţia şi importul destinate pieţei interne, precum şi punerea pe piaţă a oricărui produs care nu poartă inscripţionat conţinutul de gudron, de nicotină şi monoxid de carbon.

(9) Sunt interzise producţia şi importul destinat pieţei interne, precum şi punerea pe piaţă a oricărui produs care nu poartă inscripţionat avertismentul general şi cel educaţional privind pericolul consumării acestuia asupra sănătăţii individuale şi publice.

Este regretabilă această amânare (motivată probabil de nevoia de pregătire a producătorilor), întrucât simpla menţionare a conţinutului de nicotină, gudron şi monoxid de carbon ar avea efecte importante asupra renunţării la fumat.

De asemenea şi articolul 6, care se aplică tot după 2 ani este foarte timid, cerând ca datele referitoare la conţinutul de gudron, nicotină şi monoxid de de carbon să acopere cel puţin10% din suprafaţa unei feţe a pachetului (de ţigarete). Astfel se ajunge la situaţia actuală, când pe panouri foarte mari de reclamă, vizibile de la distanţă, se scrie mărunt „Tutunul dăunează grav sănătăţii" menţionându-se şi directiva CE 89/622/CEE pentru a şti că este o părere a altora nu a noastră.

Legea este însoţită de o anexă care cuprinde avertismente de sănătate adiţionale conform articolului 3, folosite de Uniunea Europeană, după cum urmează:

- Fumătorii mor mai tineri;
- Fumatul blochează circulaţia sângelui în artere, provoacă infarct miocardic şi accident vascular cerebral;

Scanned with OKEN Scanner

- Fumatul provoacă cancer pulmonar, care este letal;
- Fumatul în timpul sarcinii dăunează copilului dumneavoastră;
- Protejaţi copiii: nu-i lăsaţi să respire fumul dumneavoastră;
- Doctorul sau farmacistul dumneavoastră vă poate ajuta să vă lăsaţi de fumat;
- Fumatul dă dependenţă, nu începeţi să fumaţi;
- Oprirea fumatului scade riscul de îmbolnăviri cardiace sau pulmonare fatale;
- Fumatul poate provoca o moarte lentă şi dureroasă;
- Primiţi ajutorul pentru renunţare la fumat:

(....telefon/adresă poştală/adresă de internet/ consultaţi doctorul dumneavoastră/ farmacistul...);

- Fumatul încetineşte circulaţia sângelui şi provoacă impotenţă;
- Fumatul provoacă îmbătrânirea tenului (pielii);
- Fumatul poate dăuna calităţii spermei şi scădea fertilitatea;
- Fumul de ţigaretă conţine benzeni*, nitrozamine, formaldehide** şi cianuri .

Multe din prevederile legii sunt aplicate de mai mult de cinci ani în municipiul Sibiu în urma hotărârii (nr. 72/1997) a Consiliului local al municipiului Sibiu care prevede:

- În clădirile instituţiilor fumatul este interzis.
- Conducătorii instituţiilor publice sunt obligaţi să stabilească locuri speciale pentru fumat şi vor stabili sancţiunile pentru cei care încalcă prezenta hotărâre.
- În instituţiile şcolare fumatul este interzis cu desăvârşire.
- Se interzic reclamele şi publicitatea pe raza municipiului Sibiu.

Măsuri de restricţie a fumatului s-au luat chiar mai înainte la Universitatea din Cluj.

---

* Nu există decât un singur benzen. Corect este arene polinucleare.

** Nu se poate folosi plurarul întrucât există o singură formaldehidă. Printr-o ordonanţă ulterioară de guvern din 30 ianuarie 2003, a fost corectat avertismentul nr. 14, menţionându-se că „Fumul de ţigaretă conţine benzen, nitrozamine, formaldehidă şi cianuri."

Scanned with OKEN Scanner

În ianuarie 2003 a fost dată o ordonanţă de guvern pentru modificarea şi completarea Legii nr. 349/2002 privind prevenirea şi combaterea efectelor consumului produselor din tutun. Conform acesteia în toate spaţiile închise – instituţii, societăţi comerciale, baruri, restaurante, discoteci etc., fumatul este interzis, cu excepţia locurilor special amenajate în acest scop şi care trebuie să îndeplinească unele condiţii obligatorii, ca dotarea cu aparatură de ventilaţie, cu scrumiere şi cu extinctoare etc. Din aceste spaţii nu trebuie să patrundă aerul viciat în spaţiile publice închise.

În spitale, de stat sau private, fumatul este complet interzis, în consecinţă nu se vor amenaja spaţii speciale pentru fumat.

Au fost definite şi „spaţiile închise de la locul de muncă unde fumatul este interzis". Sunt incluse toate spaţiile funcţionale din imobile, precum hale industriale, spaţii de depozitare, holuri, coridoare, toalete, lifturi, birouri sau camere utilizate de două sau mai multe persoane.

2.7.7. Lupta cu tabagismul presupune şi lupta cu societăţile multinaţionale producătoare

Într-un raport realizat de specialişti ai OMS* se scoate la lumină modul în care societăţile multinaţionale de tutun caută cu înverşunare să împiedice OMS să informeze publicul despre consecinţele grave asupra sănătăţii pe care le are folosirea tutunului. De peste 30 de ani, puteri industriale ca Philip Morris, R.J.Reynolds, Brown & Williamson, Lorillard şi altele, nu au încetat ducerea de campanii mediatice şi utilizarea tuturor mijloacelor de presiune posibile pentru a disimula efectele nocive ale tutunului. Studiul a milioane de documente devenite publice prin urmărirea judiciară angajată împotriva industriei americane a

* Prezentat în iulie 2000.

Scanned with OKEN Scanner

tutunului a clarificat forţa lobby-ului şi caracterul influenţabil al instituţiilor internaţionale ca şi al guvernelor.

De-a lungul anilor, industria tutunului a făcut efortul de a ascunde un adevăr susceptibil să-i lezeze grav interesele: cancerele la gât şi la plămâni, ca şi bolile cardiovasculare provocate de consumul produselor din tutun. Moartea a milioane de consumatori nu a atârnat greu în balanţă, industriile angajându-se într-un veritabil război contra duşmanului lor, cel mai de temut , OMS. Printre strategiile lor se disting influenţele directe exercitate asupra personalului OMS, instalarea de consultanţi corupţi în posturi cheie, folosirea altor organisme ale Naţiunilor Unite, ca Banca Mondială, FAO sau Organizaţia Internaţională a Muncii pentru a contracara programele OMS ca şi campanii vizând discreditarea anumitor persoane şi deturnarea atenţiei mass media către alte probleme etc.

De la operaţiile de intoxicare a presei sau a miniştrilor sănătăţii până la manipularea de opinie, multinaţionalele tutunului nu au lăsat nimic la întâmplare în acţiunea de dezinformare.

Documentele secrete elaborate de multinaţionala Japan Tobacco International , publicate de OMS arată că aceasta vrea să submineze convenţia internaţională asupra controlului tutunului, pregătită pentru a fi semnată în anul 2003. Astfel compania a folosit o veche stratagemă, aceea de a declara că alcoolul şi „fast food" sunt la fel de dăunătoare sănătăţii ca şi tutunul, ceea ce este un neadevăr. Ţigareta este singurul produs vândut liber, al cărui consum regulat sfârşeşte cu decese premature la jumătate din consumatori.

Industria tutunului nu este abilitată să se ocupe de prevenirea tabagismului.

Într-o scrisoare publică Uniunea Internaţională contra cancerului, Uniunea internaţională contra tuberculozei şi maladiilor pulmonare, ca şi Asociaţia mondială contra bolilor cardiace au cerut fabricanţilor multinaţionali de tutun Philip Morris, British American Tobacco şi Japan Tobacco International să se retragă imediat şi în întregime din domeniul prevenirii tabagismului. Industria tutunului se angajase în campanii de

Scanned with OKEN Scanner

prevenire a tabagismului în aproape 150 de ţări printre care şi România .

Organizaţiile medicale citate au fost ferme: Industria tutunului nu aduce nici o soluţie problemei cu toate afirmaţiile sale publice. Ea nu face decât să susţină măsuri care, aşa cum a dovedit-o experienţa, nu funcţionează. Ea combate în acelaşi timp, energic, pe cele care ar fi eficiente, la fel, pentru tineri şi vârstnici, ca creşterea impozitului pe tutun, interdicţia radicală a oricărei publicităţi, campaniile mediatice şi o politică riguroasă pentru un mediu fără fum.

Dacă industria tutunului afirmă că fumatul este o problemă a adulţilor, ea nu face decât să prezinte fumatul mai interesant pentru tineri. Astfel, tinerii, fie că imită adulţii, fumând şi ei , fie că sfidează interdicţia de a fuma şi încep să fumeze.

Este de asemenea iluzoriu să credem că publicitatea pentru ţigarete adresată tinerilor de 18 ani nu interesează pe cei de 12-17 ani.

La 12 decembrie 2001, Universiatea din Geneva a publicat un raport asupra acuzaţiilor aduse lui Regnar Rylander, profesor de medicină, pensionar, care a folosit practici necinstite privind cercetările ştiinţifice asupra fumatului pasiv.[2.40]

Nu s-a putut pune în evidenţă vreo fraudă ştiinţifică. Dar Rylander a fost lipsit de conştiinţă profesională în alegerea metodelor. El a publicat, în mai multe rânduri, studii minimalizând efectele fumatului pasiv.

Rectoratul recomandă membrilor Universităţii să nu mai accepte finanţări de la industria tutunului şi se distanţează de folosirea tendenţioasă a rezultatelor cercetării prof. Rylander. Acesta a folosit un mod clandestin de primire a fondurilor pentru cercetare de la industria tutunului.

[2.40] Schweiz-Info nr. 1194/2001-12-17

Scanned with OKEN Scanner

2.8. CE TREBUIE SĂ FACĂ FARMACISTUL

Când farmaciştii vor, ei au probat că au cunoştinţele necesare însuşirii problemelor legate de încetarea fumatului şi evitarea reînceperii fumatului, aşa cum s-a arătat pentru prima oară într-un pilot experimental în Danemarca.

Farmacistul trebuie:

- Să adopte un model pozitiv în întreruperea fumatului dacă el (ea) fumează sau cel puţin să nu fumeze în faţa pacienţilor, atât în farmacie, cât şi în grupurile sociale din care face parte.
- Să facă din farmacie un loc fără fumat , prin prevenirea publicului cu anunţul „Nu se fumează" şi prin postere care să arate efectele dăunătoare ale fumatului.
- Să promoveze informaţii educative pentru sănătate, privind efectele fumatului, beneficiile renunţării la fumat şi diferite tehnici de întrerupere, cu diferite opţiuni asupra întreruperii fumatului, făcându-le disponibile publicului prin materiale scrise sau audiovizuale.
- Să sfătuiască sistematic şi repetat populaţia pentru a o descuraja în încercarea de a începe fumatul. O importanţă deosebită va fi acordată femeilor însărcinate, dar şi pacienţilor cu boli cardiovasculare sau bronşite precum şi familiilor în care copiii au probleme respiratorii sau cardiace.
- Sfaturile să se bazeze pe avantajele şi beneficiile rezultate din întreruperea fumatului în contradicţie cu posibilitatea începerii sau continuării fumatului.
- Să identifice şi să personalizeze fumătorii prin întrebări de rutină.

a) Intrarea unui fumător în farmacie este o ocazie de a discuta despre obiceiul său de a fuma. O bună oportunitate ar fi distribuirea de medicamente pentru afecţiuni cardio-respiratorii, pilule contraceptive şi teste de sarcină.

Scanned with OKEN Scanner

b) Aflarea anumitor caracteristici ale obiceiurilor de a fuma (ţigarete, ţigări de foi, pipă sau altele), consumului zilnic, numărul de ani de fumat, încercări anterioare de renunţare la fumat.

c) De asemenea este potrivit de întrebat dacă el/ea are vreo maladie legată de fumat (cancer, afecţiune respiratorie etc. şi alţi factori de risc asociaţi cu fumul de tutun.

d) Dependenţa de nicotină ar trebui investigată cu ajutorul unui test specific (ca testul Fagerström) sau prin punerea unor întrebări cheie (La cât timp după deşteptare aprinde prima ţigară?), pentru a stabili gradul de nicotinodependenţă.

e) Să identifice gradul în care se află fumătorii în procesul de renunţare la fumat şi să acţioneze corespunzător.

Fumătorii care se consideră că pot renunţa la fumat ar trebui sfătuiţi şi încurajaţi cu beneficiile renunţării la fumat. Fumătorii care vor să înceteze fumatul, dar nu ştiu cum, trebuie ajutaţi cu informaţii despre sevraj. Fumătorii care se consideră că nu pot renunţa la fumat pot fi informaţi despre faptul că se pot răzgândi şi că pot găsi un sfat şi un ajutor la farmacist.

În cazul pacienţilor cu terapie de substituţie farmacistul poate fi o sursă valoroasă de informaţii, explicând contraindicaţiile, efectele adverse, modul de folosire, doza optimă şi interacţiunile cu alte medicamente.

Ce poate face în plus farmacistul ?

Să posede o listă cu cele mai apropiate centre de dezintoxicare pentru a îndruma pacienţii cu complicaţii.

Să urmărească rezultatele, în special în primele săptămâni, de exemplu telefonic.

Să ofere fumătorilor şansa de a participa la o terapie de grup condusă chiar de farmacist în cazul când a urmat cursuri de sevraj şi dacă este necesar cu ajutorul unui psiholog.

Să ia parte activă la iniţiativele la nivel comunitar, cu conferinţe despre efectele generale sau specifice ale fumatului şi sevrajului atât în farmacie cât şi în şcoli sau întreprinderi.

Scanned with OKEN Scanner

2.9. FUMATUL INVOLUNTAR*

2.9.1.Definire

Fumatul omoară lent, dar şi fumatul pasiv (inhalarea fumului produs de alţii) ucide.

Prin arderea tutunului se produce fum cu două destinaţii : fumul principal care este inhalat de fumător pe gură din ţigaretă, ţigară de foi sau pipă şi fumul secundar care trece în aer [2.41].

Un fumător inspiră şi expiră fumul principal de 8-9 ori la fiecare ţigaretă timp de 24 de secunde , iar o ţigaretă arde timp de 12 minute şi poluează continuu aerul cu fumul secundar în acest timp. În fumul secundar trece o cantitate mai mare de compuşi nocivi decât în fumul principal.

Oxidul de carbon din sângele nefumătorilor şi fumătorilor pasivi, incepe să crească după 30 de minute într-o cameră plină de fum, o dată cu creşterea tensiunii arteriale şi a ritmului inimii.

Oxidul de carbon rămâne în sânge câteva ore după trecerea într-o atmosferă fără fum. După 3-4 ore jumătate din surplusul de oxid de carbon se găseşte încă în sânge.

Tabagismul pasiv se poate întâlni la domiciliu, în mijloacele de transport şi locurile de muncă.

2.9.2 Efecte nocive

Efectele nocive ale fumatului activ asupra sănătăţii sunt cunoscute de foarte multă vreme. Cele ale fumatului altora sunt

---

* Dintre termenii folosiţi până acum pentru definirea aceluiaşi fenomen, fumatul pasiv, fumatul la mâna a doua, fumatul secundar şi fumatul involuntar, prof. Allen Blum, specialist în campaniile antifumat, este de părere că cel mai potrivit este fumatul involuntar cum a arătat M. Ciobanu şi F. Mihălţan: http://www.aerpur.ro/article.

[2.41] P.N.Lee, Tabagisme passif et mortalité, Masson, Paris 1994

Scanned with OKEN Scanner

cunoscute de mai puţină vreme. Primul document oficial[2.42] care incriminează fumatul involuntar a fost publicat în anul 1985. De atunci s-au publicat numeroase rezultate şi studii ale oamenilor de ştiinţă asupra consecinţelor fumatului involuntar şi s-au luat măsuri pentru împiedicarea sau limitarea sa.

Fumul ambiant conţine aceiaşi agenţi toxici ca şi cel inhalat de fumător şi este cauza aceloraşi boli, în special a cancerului pulmonar. Fumul ambiant poate agrava astmul bronşic, deteriora circulaţia sanguină, provoca bronşite şi pneumonie la copiii părinţilor fumători. La copiii astmatici , fumul de tutun ambiant provoacă episoade suplimentare şi creşte gravitatea simptomelor.

În Elveţia, se estimează că 200 de persoane decedează în fiecare an de un cancer pulmonar datorat unui tabagism pasiv.

A trăi într-un mediu sănătos, fără fum de tutun face parte din drepturile fundamentale ale persoanei (după OMS).

Nefumătorii, care sunt majoritari, au dreptul să respire un aer fără fum şi să fie protejaţi de bolile tabagismului pasiv.

Fumătorii au dreptul să fie informaţi asupra produselor pe care le folosesc, a riscului folosirii lor şi să obţină informaţii pentru renunţarea la tutun.

În SUA, primarul New York-ului a convins Consiliul Orăşenesc să interzică fumatul la toate locurile de muncă, precum şi în restaurante, baruri, discoteci şi chiar în cluburi private. Această cruciadă antitutun a devenit o misiune sacră pentru domnul primar, fost fumător, care nu pierde nici o ocazie de a atenţiona publicul asupra riscurilor tabagismului involuntar.

„Orice fumător are dreptul de a se omorî dar nu poate fi lăsat să-i omoare pe alţii cu otrava sa", a spus noul primar Michael Bloomberg.

Din iunie 2002 vânzarea ţigaretelor a scăzut la New York cu 50% ca urmare a creşterii masive a impozitării produselor din

---

[2.42] The Health Consequences of Involuntary Smoking: a Raport of the Surgeon General U.S. Public Health Service, 1985.

Scanned with OKEN Scanner

tutun. Preţul ţigaretelor este cel mai ridicat din SUA. Rămâne de văzut cât va fi reducerea efectivă, întrucât ţigaretele se pot cumpăra şi pe internet sau din rezervaţii indiene care nu pun impozit pe tutun.

Începând din iulie 2003 şi în statul New York fumatul a fost interzis în toate restaurantele şi barurile, fără a fi amenajate spaţii pentru fumat, cu excepţia a două restaurante şi un bar.

În Franţa, după aplicarea legii Evin din 1992, la 3 ani s-a făcut o anchetă cu ajutorul chestionarelor la 1442 de persoane (câte două din fiecare întreprindere). 36,4% din întreprinderi au luat măsuri specifice, 59% într-un mod sau altul au contribuit la limitarea tabagismului în interiorul lor.[2.43]

Întreprinderile cu peste 50 de salariaţi au luat măsuri mai multe şi mai ferme decât cele cu mai puţin de 50 salariaţi.

Eficacitatea măsurilor depinde de cunoaşterea pericolelor tabagismului involuntar şi a informaţiilor precise despre riscurile pentru sănătate. De aceea:

- S-au ţinut reuniuni de informare;
- S-au înscris măsuri antitabagism în regulamentul interior;
- S-au creat grupuri de susţinere a sevrajului;
- S-au respectat măsurile.

Locurile de muncă cu tabagism involuntar sunt importante pentru că şi durata expunerii este mai mare decât acasă.

În SUA se înregistrează anual 3000 de morţi de cancer pulmonar la adulţii nefumători.

După raportul agenţiei de protecţie a mediului din California din anul 1997 numărul anual al deceselor imputabile fumatului secundar se situează între 127 şi 251 la un milion de locuitori.

În Uniunea Europeană, numărul victimelor tabagismului involuntar este 55000 până la 94000, iar în China atinge 185000 până la 317000 anual.

[2.43] D. Grizeau., F, Baudier *Evaluation de l'application des limitations au tabagisme dans les entreprises françaises. Santé Publique* 1997, 9, 185-206

Scanned with OKEN Scanner

Prof dr. Paul Stoicescu, directorul Institutului de Pneumologie „Marius Nasta", a declarat că în fiecare an mor în România 3000 de fumători involuntari prin cancer bronhopulmonar. Numărul este de 30 de ori mai mare decât al deceselor provocate de expunerea la ceilalţi poluanţi atmosferici combinaţi.

Urmările tabagismului involuntar

Tabagismul pasiv provoacă o serie de maladii grave, ca şi o lipsă de confort fizic.

Efectele tabagismului pasiv asupra gravidelor şi noilor născuţi:

- Reducerea creşterii fătului;
- Greutate mai mică la naştere;
- Sindrom de moarte subită a noului născut.

Boli ale copiilor cauzate de tabagism

- Otite;
- Astm bronşic;
- Bronşită;
- Pneumonie;
- Reducerea nivelului de creştere a plămânilor;
- Efecte negative asupra dezvoltării comportamentale;
- Cancere şi leucemie.

Boli ale adulţilor cauzate de tabagismul pasiv*

- Iritaţia ochilor (ochi roşii)
- Maladii cardiace;
- Dureri de cap, ameţeli;
- Greaţă;
- Atac vascular cerebral;

---

* 11th World Conference on Tobacco OR Health. August 2000. Tobacco Fact Sect: Environmental Tobacco Smoke. www.tobaccofreekids.org

Scanned with OKEN Scanner

- Cancer pulmonar;
- Cancer nazal.
- Boli respiratorii: astm (agravat), tuse, producerea de mucozităţi, dureri în piept, funcţionare pulmonară redusă
- Cancer al colului uterin.

Lucrătorii din industria tutunului riscă să fie afectaţi de produsele agrochimice folosite în cultura tutunului. Contactul cu aceste produse chimice poate avea un efect nociv asupra ochilor, pielii şi organelor interne şi poate produce cancere.

Lucrătorii care culeg tutunul suferă de boala tutunului verde, adică o otrăvire cu nicotină datorită absorbţiei prin piele. Se manifestă prin greaţă, vomă şi dificultăţi de respiraţie.*

Pentru toate acestea anumite ţări au interzis fumatul în toate locurile publice. Raţiunea principală care justifică interdicţia este protejarea persoanelor care vor să trăiască şi să muncească într-un mediu fără tutun. În general, ţările interzic fumatul în primă fază în locuri selecţionate şi apoi lărgesc interdicţia pe măsură ce acceptarea tabagismului de către public scade.

2.9.3. Protecţia contra fumatului involuntar împiedicată de industria tutunului.

În anul 2001, Ziua Mondială fără Tutun, înscrisă în calendarul manifestărilor patronate de OMS la sfârşitul lunii mai, a stat sub semnul avertismentului „Fumatul celorlalţi ucide. S-o spunem clar !" **

Măsurile de protecţie a populaţiei de fumatul involuntar ameninţă profiturile industriei de tutun. Interdicţia fumatului la locul de muncă şi în public reduce consumul de tutun şi duce chiar la renunţarea la fumat.

În anul 1933 un grup de presiuene finanţat de Philip Morris estima într-un document confidenţial că o reducere a

---

* ASH(London), ianuarie 2000, „*Pasiv Smoking*" www. ash.org.UK

** La fumée des antres tue.Disons-le clairement.

Scanned with OKEN Scanner

consumului cu 3-5 ţigarete pe zi şi pe fumător, ca urmare a restricţiilor legale, antrenează o pierdere anuală a beneficiilor de peste un milion de dolari. De aceea fabricanţii de ţigarete au respins întotdeauna măsurile de interzicere sau restrângere a consumului de tutun. Ei caută să strecoare îndoieli asupra fundamentărilor ştiinţifice ale protecţiei nefumătorilor şi să conteste faptul că tabagismul involuntar provoacă îmbolnăviri.

Tabagismul pasiv duce la o creştere a riscului de a fi atins de un cancer pulmonar (de 1,2 ori) sau de o maladie cardio-vasculară (de 1,3 ori). Alte riscuri legate de tabagismul secundar sunt de două ori mai mari.

Industria tutunului a afirmat că o creştere a riscului sub dublu nu prezintă un pericol real. Creşterea de exemplu de 1,2 ori a riscului de cancer pulmonar ar fi rezultatul unor distorsiuni statistice. Producătorii de ţigarete au enumerat mai multe erori aparente: selecţia unei grupe de populaţie atinsă de tabagismul secundar (de exemplu soţiile fumătorilor) şi a unei grupe de control corespunzătoare (din femei ai căror soţi nu au fumat niciodată) cu care este dificil de operat. În cazul tabagismului pasiv, spun ei, alţi factori sunt într-adevăr susceptibili să joace un rol egal, ca poluarea atmosferică şi obiceiurile alimentare. Ei urmăresc deturnarea atenţiei de la tabagismul involuntar scoţând în faţă pericolul altor poluanţi ca substanţele adezive şi gazele de eşapament, diluând problema într-o dezbatere mai amplă despre calitatea aerului din încăperi şi sindromul clădirilor insalubre.

În anul 1990, Philip Morris a publicat în Europa un document după care substanţele poluante din birouri sunt emanaţiile şi gazele provenite de la mochete, ecranele computerelor, copiatoarelor etc. la care se pot adăuga bacteriile, mucegaiul şi praful difuzate prin sistemul de ventilare. Fumul de tutun ar putea fi un martor vizual pentru o ventilaţie defectuoasă a încăperilor.

În anul 1993 Philip Morris a lansat în Statele Unite o campanie intitulată *„Ştiinţa raţiunii"* investind 320000 de dolari pentru primele şase luni de campanie. Obiectivul era iscarea unei

Scanned with OKEN Scanner

controverse în jurul unui raport al administraţiei americane privind protecţia mediului intitulat „Efectele tabagismului pasiv asupra sănătăţii". Philip Morris lucra în culise în timp ce oamenii de ştiinţă aparent independenţi interveneau în public şi diferite societăţi de relaţii cu publicul stabileau unele contacte.

Regner Rylander, profesor la Facultatea de Medicină din Geneva, a fost acuzat în 2001(pag.124) de către Pascal Diethelm (presedinte al OxyGeneve) şi de către Jean-Charles Rielle (director medical al Centrului de informare şi prevenire a tabagismului) că a fost consilier ştiinţific la Philip Morris, bine retribuit, fără să semnaleze raportul de muncă cu producătorul de ţigarete. Regner Rylander a chemat în judecată pe cei doi pentru defăimare, iar Tribunalul de poliţie din Geneva i-a găsit culpabili condamnându-i la amendă. La recurs Tribunalul penal cantonal a recunoscut că:

- Rylander era bine remunerat de Philip Morris pentru activitatea de consilier ştiinţific şi a ţinut secretă această relaţie de muncă.
- Independenţa ştiinţifică a lui Rylander este discutabilă.

Rezultatele cercetărilor au fost retuşate în interesul finanţatorului [2.44]

Organizaţiile de specialitate din Geneva i-au reproşat oficial profesorului Rylander de a fi fost în solda industriei tutunului şi de a fi ascuns efectele negative ale fumatului pasiv.

Fabricanţii de ţigarete au încercat şi să discrediteze organizaţiile importante de mediu şi sanitare care au îndrăznit să abordeze problemele fumatului involuntar. De exemplu au încercat să fragilizeze OMS. Pentru discreditarea raportului Agenţiei de Protecţie a Mediului în SUA, Tobacco Institute şi avocaţii săi au plătit 13 cercetători cu peste 156000 de dolari ca să redacteze scrisori adresate presei influente, cu critici asupra documentului.[2.45]

[2.44] Schweiz Media-Info 2002, Nr. 1293

[2.45] *Viaţa Medicală*, 2001, 25 mai

Scanned with OKEN Scanner

2.9.4. Protecţia împotriva fumatului involuntar

Asociaţia elveţiană de prevenire a tabagismului consideră că o protecţie eficientă faţă de efectele nocive ale fumatului involuntar va fi crearea de locuri publice fără fumat.

Un grup de cercetători greci a examinat 1925 de persoane spitalizate care nu fumaseră activ niciodată ci involuntar. Aceştia au prezentat un risc mai mare de 47% de a contracta boli cardiace faţă de nefumători .

Numărul fumătorilor pasivi, la locul de muncă, este mai mare decât al celor de acasă. De aceea riscul de infarct miocardic acut era cu 97% mai mare la primii faţă de 33% la cei din adoua grupă. După cercetătorii greci numai eradicarea cauzei, fumatul, reprezintă o protecţie sigură contra maladiilor imputate fumatului.

Asociaţia medicilor britanici (BMA)[2.46], într-un raport intitulat „Pentru spaţii publice fără fumat" ajunge la aceeaşi concluzie: *„Nu există valori limită sigure pentru fumatul involuntar. Consecinţele nefaste pot apărea chiar în cazul unor doze minime de fum de tutun. Instalarea sistemelor de aerisire sau limitele fixate deliberat pentru fum nu pot suprima riscurile* ". BMA subliniază că nu există valori limită sub care fumatul involuntar să fie inofensiv pentru sănătate. Fumul de tutun este prima sursă de poluare a aerului în spaţii închise.

Anumite grupe de populaţie sunt cu deosebire vulnerabile:

- Copiii;
- Femeile însărcinate;
- Persoanele care suferă de boli cardiovasculare, astm sau alte tulburări respiratorii.

Asociaţia medicilor britanici cere trecerea la o politică de sănătate coerentă care să aplice dispoziţiile legale anti-tutun.

Centrul internaţional de cercetări asupra cancerului al OMS de la Lyon a confirmat oficial la 20 iunie 2002 că tabagismul involuntar este cancerigen. 29 de experţi din 12 ţări au

---

[2.46] P.Pitsovos et. alAssociation between exposure to environmental tobacco smoke and the development of acute coronary syndromes. *Tabacco Control*, 2002, 11,220

Scanned with OKEN Scanner

ajuns la concluzia că riscul unui cancer pulmonar creşte cu 20% la persoanele expuse fumatului altora chiar în mică măsură.

Cercetătorii americani de la Universitatea Tufts din Massachusetts au ajuns la concluzia că pisicile ai căror stăpâni fumează au un risc dublu de a dezvolta limfom felin, care provoacă moartea a trei sferturi dintre pisicile bolnave, în decurs de un an. Acest fapt îi va face, poate, pe fumători să întrerupă fumatul, dacă nu de dragul familiei, de dragul animalelor.

Fumul de tutun ajunge peste tot. Separarea fumătorilor de nefumători poate duce la reducerea densităţii fumului în locurile unde nu se fumează, dar acest fapt nu este suficient. Filtrarea aerului, aerisirea sau sistemele de epurare pot reduce, dar, nu pot preveni expunerea la fumul celorlalţi. Pentru a fi siguri că nefumătorii trăiesc şi lucrează într-un mediu fără fum trebuiesc asigurate şi create locuri publice „libere de tutun".

2.9.5. Locuri de muncă fără fum de tutun

La Berlin, în 10 şi 11 mai 2001, s-a ţinut conferinţa „Locuri de muncă fără fum" organizate de Biroul Internaţional al Muncii care recunoaşte că fumatul constituie un risc cancerigen major la locul de muncă. În două rapoarte s-au adus probe sigure asupra pericolului fumatului pasiv. Într-un raport, medici experţi au precizat că tabagismul involuntar constituie realmente un risc mortal cu 22000 de victime pe an în Europa. În alt raport, experţi în problemele muncii au arătat că tabagismul involuntar constituie după radiaţiile solare al doilea risc de expunere la agenţi cancerigeni asupra locului de muncă.

Conferinţa a cerut cu insistenţă organismelor mondiale ale muncii să facă cunoscut partenerilor sociali (statul, patronii, muncitorii) că fumul din mediu, la locul de muncă este cancerigen, aterogen şi ucigător.

Lumea muncii trebuie să rămână fidelă principiului fundamental care dictează politica sa de sănătate şi securitate la

Scanned with OKEN Scanner

locul de muncă, *prevenirea.* Aceasta înseamnă să pui muncitorii *în afara pericolului.*

Conştientizarea luptei contra tabagismului involuntar este şi preocuparea societăţii civile.

Consiliul Uniunii Europene, Parlamentul european şi Comisia europeană au fost sesizate de problemele tabagismului involuntar la locul de muncă pentru a lua o decizie legislativă comunitară care să asigure eradicarea producerii fumului de tutun în locurile închise sau acoperite.

Printr-o hotărâre de guvern a fost declarată ZIUA NAŢIONALĂ FĂRĂ TUTUN organizată în fiecare an în a treia joi a lunii noiembrie.

Încă din anul 1977, la iniţiativa Societăţii Americane de Cancer se organizează în Statele Unite ale Americii, în a treia zi de joi a lunii noiembrie, o campanie antifumat sub genericul „Great American Smokeout" în care se aşteaptă ca milioane de americani să renunţe la fumat cel puţin pentru o zi . Se urmăreşte ca americanii să-şi schimbe atitudinea faţă de fumat, să se îmbunătăţească informarea lor asupra metodelor care îi pot ajuta să se elibereze de fumat.

Din anul 1987, 3 mai este declarat ca fiind Ziua Internaţională fără Fumat (World No Tabacco Day), de către Organizaţia Mondială a Sănătăţii . Această zi a fost creată pentru a atrage atenţia asupra epidemiei tabagice şi a maladiilor cauzate de aceasta, maladii care pot fi prevenite.

Beneficiile unui loc de muncă fără fum de tutun

Beneficii pentru angajaţi:

- Un loc de muncă fără tutun contribuie la crearea unui mediu de lucru sănătos şi sigur.
- Eficienţa personală şi sănătatea colectivului se îmbunătăţesc vizibil.
- Încheierea unei afaceri se face mult mai uşor într-un mediu curat şi aerisit .

Scanned with OKEN Scanner

Beneficii pentru angajatori:

- Costurile directe pentru sănătate se reduc semnificativ,
- Costurile se reduc odată cu dispariţia fumului, chibriturilor, chiştoacelor şi scrumului,
- Echipamentul de birou, mobilierul, perdelele, zugrăeala etc. au o durată de viaţă mai mare,
- Riscul unui incendiu este mult redus.*

2.10. TABAGISMUL FEMININ

În multe ţări nivelul tabagismului este mai scăzut la femei decât la bărbaţi. Totuşi, nivelele de folosire a tutunului fără ardere par a fi foarte ridicate la femei (ca în India) ceea ce duce la o folosire globală similară cu cea a bărbaţilor. Se pot evita probleme de sănătate viitoare la femei prin luarea de măsuri pentru împiedicarea creşterii tabagismului lor şi pentru reducerea nivelelor actuale de folosire orală a tutunului .

Dependenţa de tutun reduce accesul la hrană şi la alte produse de bază pentru femei şi familiile lor. Fondurile disponibile pentru procurarea produselor de primă necesitate cresc dacă tabagismul membrilor familiei scade, argument ce poate fi folosit pentru renunţarea la consumul de tutun.

2.10.1 Prevalenţă

De peste 10 ani tabagismul la bărbaţi este în scădere iar cel al femeilor în creştere. Această evoluţie a tabagismului este legată pe de o parte de emanciparea femeii, iar pe de altă parte de strategiile industriei de tutun care a incitat femeile la fumat prin publicitate (ţigaretă = seducţie, libertate, emancipare) şi produsele sale specifice (ţigarete uşoare). Dacă în 9 cazuri din 10 cancerul pulmonar era apanajul bărbaţilor, el devine prima cauză a

---

* Existenţa beneficiior s-a confirmat la S.C. Montero unde nu se fumează.

Scanned with OKEN Scanner

mortalităţii prin cancer la femei, cum este cazul SUA, din 1987. Cum complicaţiile datorate tabagismului (cancer pulmonar, boli cardiovasculare etc.) survin după 20-30 de ani, jertfa este de perspectivă. Dacă tendinţa actuală a tabagismului la femei continuă, în 20 de ani mortalitatea feminină din cauza tutunului va fi de 10 ori mai mare.

La 23-24 noiembrie 1998 s-a ţinut la Paris conferinţa << Tabagismul feminin: înţelegerea trecutului, schimbarea viitorului >> organizată de ENSP (European Network for Smoking Prevention) în cadrul programului Europa Contra Cancerului.*

- Delegaţii au căzut de acord asupra următoarelor puncte:

Tabagismul feminin este una din problemele majore atât pentru Europa cât şi pentru restul lumii .

- Procentajul femeilor fumătoare continuă să crească în 6 ţări ale Uniunii Europene (Portugalia, Spania, Italia, Grecia, Luxemburg şi Austria) în principal din cauza creşterii procentajului la femeile tinere.
- În majoritatea ţărilor iniţierea tineretului în fumat este în creştere.
- În cele mai multe ţări fetele fumează ceva mai mult decât băieţii. De exemplu în Franţa, până la 17 ani, fumează 26.9 din fete şi 21.1 din băieţi.

Este îngrijorătoare extinderea fumatului în ţările din est. Dacă această tendinţă se menţine, este posibil ca într-un viitor apropiat să fumeze mai multe femei decât bărbaţi în populaţia adultă şi în consecinţă să se producă o creştere a problemelor de sănătate publică, probleme deja existente.

Tutunul face parte astăzi din contextul social, politic şi cultural al femeilor europene. Incidenţa mare a fumatului la populaţiile defavorizate este mai îngrijorătoare cu cât aceste

---

* Au participat 270 de reprezentanţi atât ai autorităţilor guvernamentale cât şi ai organizaţiilor neguvernamentale locale sau internaţionale din 25 de ţări.

Scanned with OKEN Scanner

populaţii sunt deja defavorizate în ce priveşte sănătatea. În plus, dependenţa de tutun este potenţial legată de emanciparea femeii.

Studii efectuate în SUA arată că la fumat egal (în cantitate şi durată), femeile sunt mai sensibile la cancerul pulmonar decât bărbaţii.

În Europa, evoluţia cancerului pulmonar la femei şi la bărbaţi este diferită. Evoluţia numărului total de decese prin cancer pulmonar la bărbaţi prezintă o uşoară creştere de la 107056 (în 1973) la 140782 (în 1992), în timp ce la femei aproape s-a dublat de la 18882 la 36772*. În tabelul 2.6 se poate observa că în toate ţarile cifrele referitoare la femei au crescut pe când cele referitoare la bărbaţi au scăzut uşor în Austria, Finlanda şi Regatul Unit.

Tabelul 2.6

Numărul de decese prin cancer pulmonar la femei şi bărbaţi în Europa în 1973 şi 1992

	Femei		Bărbaţi	
	1973	1992	1973	1992
Austria	511	806	2724	2375
Belgia	505	927	4624	5669
Danemarca	375	1119	1646	2057
Finlanda	132	379	1647	1605
Franţa	1728	3055	11500	19500
Germania	3682	7364	25106	27882
Grecia	427	704	2326	4138
Irlanda	223	511	838	1048
Italia	2240	4882	14225	25876
Luxemburg	11	35	166	171
Olanda	372	1415	5582	7097
Portugalia	196	420	705	1858
Regatul Unit	6961	12800	29463	25941
Spania	1018	1397	4946	13644
Suedia	441	958	1558	1841

* După OMS, 1998

Scanned with OKEN Scanner

Incidenţa cancerului pulmonar (tab. 2.7) este mai mare la femeile din ţările nordice decât la cele din ţările sudice.

Tabelul 2.7

*Incidenţa cancerului pulmonar la femei în Europa**

Austria	11,3	Italia	8,1
Belgia	8,2	Luxemburg	9,5
Danemarca	25,2	Olanda	13,0
Finlanda	8,2	Portugalia	5,0
Franţa	5,5	Regatul Unit	23,5
Germania	8,5	Spania	4,0
Grecia	7,8	Suedia	10,9
Irlanda	20,2		

Alte cancere legate de tabagism sunt mai frecvente la femei : cancerul la vezică, rinichi şi bazinetul urinar, pentru că tot sistemul urinar este în contact cu elementele cancerigene din tutun. La fel şi cancerul de pancreas.

Femeilor le este mai greu să renunţe la fumat deoarece ţigareta le oferă un sprijin moral şi acţionează ca un antidepresiv. „Calitatea" sa de a tăia pofta de mâncare face şi ea ca un anumit număr de femei să nu reuşească să se elibereze de fumat.

După OMS (30 mai 2001), ţările membre trebuie să adopte un larg evantai de măsuri anti-tun ca interdicţia fumatului în public, interdicţia vânzării şi promovării tutunului, dacă doresc să evite epidemia fumatului.

„Tabagismul pasiv este o importantă problemă pentru femei " a declarat Dr. Gro Harlem Brundtl, director general al OMS. Peste tot, femeile sunt expuse tabagismului involuntar şi sănătatea lor suferă grave consecinţe. În ţările Asiei unde peste 60% din bărbaţi fumează, în medie, milioane de femei şi copii sunt expuse tabagismului pasiv. Noi trebuie să facem tot ceea ce stă în puterea noastră pentru apărarea dreptului femeilor şi copiilor la un mediu sigur şi sănătos.

---

* Noi cazuri la 100000 femei pe an (după CIRC, 1997)

Scanned with OKEN Scanner

Tabagismul printre femei şi fete creşte nu numai în Europa, ci şi în alte regiuni ale lumii. Această tendinţă este mondializată pe măsură ce campaniile agresive de marketing şi promovare, trec din ţările industrializate şi în ţările în dezvoltare cu economii în tranziţie.

Pe plan mondial se estimează că fumează 12% dintre femei şi 48% dintre bărbaţi. Această diferenţă oferă o oportunitate care va trebui folosită imediat, dacă se vrea ca epidemia de mortalitate datorită tutunului la bărbaţi să nu se extindă şi la femei.

2.10.2. Riscurile fumatului la femei

În anumite ţări, nivelul tabagismului la femei atinge deja 24%. În ţările unde nivelul tabagismului este ridicat, femeile mor ca urmare a maladiilor legate de tutun la fel ca bărbaţii sau mai mult. În SUA, de exemplu, femeile au început să fumeze în masă în anii '50. Rezultatele au fost dezastruoase. Astăzi cancerul pulmonar este prima cauză a deceselor de cancer la femei în SUA, înaintea cancerului de sân.

În SUA proliferează la femei cazurile de bronşită cronică şi emfizem pulmonar datorită tabagismului. Numărul cazurilor mortale a crescut de la 20 în 1980 la 57 în anul 2000 pentru 100000 de persoane.

După OMS campanile agresive de marketing şi de promovare a produselor din tutun destinate unei noi generaţii de femei în lume pot constitui unul din factorii de creştere a tabagismului la femei. Pentru a seduce femeile, producătorii de tutun prezintă o lume fictivă unde oamenii sunt sănătoşi, în plină formă fizică, debarasaţi de stress, frumoşi şi svelţi. Produsele din tutun sunt considerate ca un mijloc de a parveni la maturitate, de a fi atractiv sexual şi de a stăpâni destinul. Este exploatată lupta pe care o duc femeile, peste tot, pentru egalitate şi drepturile lor. Organizarea de concursuri de frumuseţe, manifestări sportive ca meciurile de tenis, manifestări artistice şi muzicale constituie

Scanned with OKEN Scanner

strategie de marketing care conduc femeile tinere şi fetele la fumat.

Între 1975 şi 1995 numărul deceselor imputabile tutunului a crescut, în cazul femeilor din UE, de la 49000 la 113000. Pe lângă riscurile bolilor coronariene, cancerelor şi maladiilor pulmonare, femeile trebuie să facă faţă riscurilor specifice incluzând cancerul de col uterin, osteoporoza, greutatea mică a noilor născuţi şi reducerea fertilităţii lor.

Dacă femeile fumează ca bărbaţii, ele mor ca bărbaţii. Dar femeile nu fumează ca bărbaţii. Ele preferă ţigaretele manufacturate, ţigărilor de foi, ţigaretele blonde, cu filtru şi cu cantităţi mici de gudron. Aproape jumătate din femeile europene fumează ţigarete „light", în timp ce numai o treime din bărbaţi fumează astfel de ţigarete. Fumătorii nu ştiu că aceste ţigarete sunt la fel de periculoase şi că folosirea lor ca alternativă la întreruperea fumatului este o păcăleală.

Conferinţa de la Paris a adoptat unele măsuri ca:

- Folosirea de strategii specifice fiecărui sex, bazate pe date ştiinţifice atât pentru prevenirea cât şi pentru întreruperea fumatului.
- Împiedicarea industriei tutunului de a vinde şi eticheta produse „cu beneficii pentru sănătate" denumindu-le înşelător uşoare, blânde etc.
- Asigurarea unei interdicţii totale a publicităţii şi promovării tutunului în toată Europa. Ţările membre ale UE trebuie să ajute ţările candidate prin accesul la directivele europene şi introducerea de strategii de luptă anti-tutun.

Observaţii recente evidenţiază anumite vulnerabilităţi la tutun proprii femeilor. Fumatul provoacă un dezechilibru hormonal care antrenează menstre neregulate şi dureroase. Femeile sunt expuse la un risc de menopauză precoce cu 2-3 ani mai devreme şi la scăderea densităţii osoase. Pe lângă cancerul pulmonar femeile sunt mai expuse riscului de cancer la gură, faringe şi la laringe. Numeroase studii au arătat că riscul de cancer al colului uterin este mai ridicat la fumătoare decât la

Scanned with OKEN Scanner

nefumătoare. Fumătoarele sunt expuse mai mult riscului bolilor cardiovasculare.

Femeile care folosesc contraceptive orale sunt expuse în special la cardiopatie coronariană, dacă mai şi fumează. Fumătoarele sunt mai susceptibile de a prezenta o sterilitate primară şi secundară, un risc de sarcină extrauterină (Fig.2.18) şi întârzieri de concepţie faţă de nefumătoare. Consecinţele asocierii tutun-pilulă sunt infarctul miocardic, flebita, embolia pulmonară şi tromboza cerebrală cu consecinţele sale de paralizie.

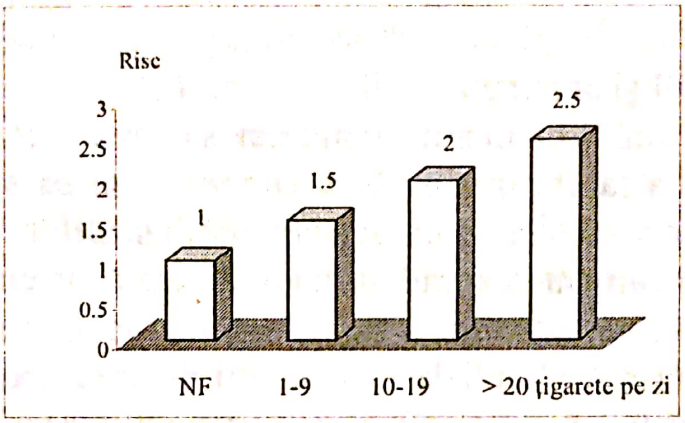


Fig. 2.18. Fumatul multiplică riscul de sarcină extrauterină de până la 2,5 ori în funcţie de tabagism

Tabagismul şi cancerul de sân

Încă un studiu arată că riscul de cancer la sân este mai ridicat la femeile care au început să fumeze la o vârstă tânără fată de nefumătoare. Efectul tabagismului asupra cancerului de sân depinde de vârsta de debut a tabagismului. Există un efect carcinogen al fumului de ţigară când se dezvoltă ţesutul mamar (Lancet 2002, 360:1044-9).

După un studiu realizat de cercetători canadieni la iniţiativa societăţii Santé Canada, tabagismul involuntar măreşte la dublu riscul de cancer de sân la femeile care nu au ajuns la menopauză. Cancerul de sân este principala cauză a deceselor la femeile între 35 şi 55 de ani.

Scanned with OKEN Scanner

Printre femeile atinse de cancer de sân , fumătoarele au un risc dublu (x1.96) de a dezvolta metastaze pulmonare, în raport cu nefumătoarele.[2.47]

Tabagismul şi cancerul la esofag

Marile fumătoare prezintă un risc de 4,5 ori mai mare de a fi atinse de cancer de esofag. Este rezultatul a trei studii făcute în Italia şi Elveţia asupra unui total de 339 femei. Pe de altă parte consumul de fructe şi legume reduce riscurile legate de acestă boală.[2.48]

Fumatul şi sarcina

Rolul viitoarei mame, conduita sa, este deosebită, dacă ţinem seama că fătul nu ştie să avertizeze şi să se apere faţă de acţiunea nicotinei, alcoolului, tranchilizantelor, drogurilor interzise, medicamentelor, radiaţiilor sau şocurilor emoţionale pe care le suportă mama.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii a desemnat tabagismul ca principala cauză (asupra căreia se poate acţiona) a problemelor sarcinii la femeile americane şi europene. Aceasta cu atât mai mult cu cât numărul femeilor însărcinate fumătoare este în creştere. De exemplu în Franţa de la 15% în 1981 s-a ajuns la 25% în 1995.

După studii suedeze de neurologie, un făt a cărui mamă fumează, riscă să prezinte o dependenţă de nicotină într-un stadiu ulterior al vieţii sale. Printr-o modificare a receptorilor cerebrali se poate explica pentru ce unii adolescenţi fumează curent după ce au fumat doar câteva ţigări în timp ce procesul de dependenţă durează mai mult până se instalează la cei care nu au fost expuşi nicotinei în timpul gestaţiei.

[2.47] S. Marin, J. Inciardi, Breast Cancer, 2001; 119,p

[2.48] S. Gallus et al.Oesophageal cancer in women: tobacoo, alcohol nutrutional and hormonal factors, *British Journal of Cancer*, 2001, 85p 341-345

Scanned with OKEN Scanner

După ce a fumat o singură ţigaretă mama şi fătul ei sunt atinşi de nicotină şi monoxid de carbon, principalii compuşi toxici din tutun. Nicotina accelerează pulsul cardiac al femeii însărcinate şi al copilului.

Aceasta înseamnă că sângele fetal se află sub presiune şi că respiraţia copilului slăbeşte. Monoxidul de carbon este legat de hemoglobină de 200 de ori mai repede decât oxigenul. La făt acest proces se derulează şi mai uşor. Astfel monoxidul de carbon slăbeşte facultatea copilului de a fixa oxigenul. Dar nu numai atât. Hemoglobina fumătoarei nu leagă numai o cantitate mică de oxigen, ci nivelul oxigenului absorbit este aşa de puternic legat de hemoglobină (pag.38) încât puţin oxigen se poate elibera în corpul fătului. Nivelele crescute de adrenalină şi alţi compuşi chimici eliberaţi de către nicotină, tulbură la rândul lor circulaţia sanguină a copilului. Mecanismele sunt încă puţin cunoscute. Fătul este expus derivaţilor tutunului fumat de mamă. Prin trecerea transplacentară nu numai a nicotinei, ci şi a numeroşi compuşi toxici, unii aflaţi în gudroane, se produce concentrarea în făt. Mecanismele includ o hipoxie care produce perturbarea dezvoltării cerebrale şi a maturării neuronilor ceea ce poate antrena alterări ale controalelor cardiorespiratorii. Efectul este legat de doza de fum inhalată.

Ţinând seama de toate acestea singurul lucru bun pe care o gravidă îl poate face pentru sănătatea copilului său este să renunţe la fumat.

Studii privind tabagismul la femeile gravide au relevat sentimentul lor de culpabilitate. Conştientizarea nocivităţii tabagismului maternal pentru sănătatea copilului ce urmează să se nască în faţa anumitor atitudini sociale are ca efect culpabilizarea femeilor.

Fumatul în mediul femeii gravide, duce la inhalarea de produse toxice de către mamă cu aceleaşi efecte pentru făt care pot însă şi să-l sensibilizeze la afecţiunile respiratorii, la astm bronşic şi la episoade febrile.

Scanned with OKEN Scanner

La naştere copiii femeilor fumătoare au o greutate cu 300 g mai mică decât aceia ai nefumătoarelor şi vor fi mai fragili.

De asemenea impactul fumatului pasiv asupra sănătăţii copiilor este dramatic.

După naştere, nicotina se elimină şi prin laptele matern. În aceste condiţii sugarul şi copilul mic (până la doi ani) sunt vulnerabili la afecţiuni ale aparatului respirator (bronşite, pneumonii), un început biologic care va afecta dezvoltarea preşcolară şi şcolară a copiilor cu manifestări de nervozitate, migrene, ameţeală, vărsături, inapetenţă şi distrofie.

Fumatul în timpul sarcinii poate dăuna fertilităţii viitoare a copiilor născuţi de sex feminin. Cercetători de la Universitatea din Leeds (Anglia), au examinat 239 de femei în tratament pentru o însămânţare artificială şi au ajuns la concluzia că fumatul în timpul sarcinii are un efect nociv imediat şi durabil asupra uterului copiilor de sex feminin. Acest prim studiu arată că fumatul în timpul sarcinii măreşte semnificativ riscul de disfuncţiune uterină al generaţiei viitoare. De asemenea, fumatul în timpul sarcinii măreşte riscul naşterilor premature sau avorturilor spontane, ca şi riscul morţii subite a noului născut.[2.49]

Un studiu efectuat în Danemarca asupra copiilor născuţi între 1989 şi 1996 a arătat încă o dată care sunt daunele tutunului *in utero*.

Este de reţinut faptul că dacă mama întrerupe fumatul în cursul primului trimestru al sarcinii, riscul prematurităţii şi mortalităţii copilului are acelaşi nivel ca şi acela al mamelor care nu au fumat niciodată.

După o anchetă franceză, 25% dintre femeile gravide fumează, 40% dintre acestea vor să întrerupă fumatul la începutul sarcinii şi 5% în al doilea şi al treilea trimestru. Un număr mare de femei au dificultăţi la oprirea fumatului în timpul sarcinii şi de a rămâne nefumătoare după naştere. Pentru aceste femei sunt necesare intervenţii individualizate, personalizate,

---

[2.49] BBC News Online; *Health* ,2002, 03.07

Scanned with OKEN Scanner

centrate pe tabagism, însoţite de informaţii şi explicaţii şi o eventuală măsurare a oxidului de carbon expirat. În cazul necesităţii unui substituent nicotinic, gumele de mestecat sunt de preferat plasturilor, care induc o difuzie continuă de nicotină în lichidul amniotic.

Tutunul şi frumuseţea

Fumatul accelerează îmbătrânirea pielii prin micşorarea afluxului de sânge şi de oxigen către piele. Consecinţele: pielea devine ternă, îşi pierde strălucirea şi supleţea; ridurile faciale apar mai devreme şi mult mai profunde. Se ştie, de asemenea, că apariţia psoriazisului este puternic favorizată de tabagism.

O femeie fumătoare are adesea ochii roşii încercănaţi, cu ploapele umflate.

Efectele cremelor (anti-rid etc) sunt puternic reduse de fumat.

Unghiile şi părul devin casante.

Gingiile sunt fragile şi riscul dezlipirii de dinţi creşte.

Dinţii sunt îngălbeniţi şi cu miros tabagic.

Vocea este adesea răguşită şi mai gravă.

Degetele şi unghiile se îngălbenesc.

Pielea are un miros dezagreabil permanent

Conferinţa internaţională a OMS asupra tutunului şi sănătăţii

În noiembrie 1999 s-a ţinut la Kobe în Japonia, Conferinţa internaţională a OMS asupra tutunului şi sănătăţii, <<Tutun sau sănătate>>, care a examinat mijloacele de combatere a epidemiei tabagismului la femei şi tinere, acordând atenţie deosebită asupra creşterii alarmante a tabagismului la fete şi la femei tinere în Asia. O nouă anchetă a Ministrului japonez al Sănătăţii şi Afacerilor sociale a arătat că procentajul femeilor de 20-29 ani, care fumează a ajuns mai mare decât dublu crescând între 1986 şi 1999 de la 10,5 la 23.2%. Din 1,1 miliarde de persoane care fumează în lume , 200 milioane sunt femei iar această cifră se va tripla în următorii 25 de ani. OMS a estimat că din 4 milioane de

Scanned with OKEN Scanner

decese care survin anual, 500000 revin femeilor. Dacă tendinţele actuale se vor menţine în 2025, tutunul va face în fiecare an 10 milioane de victime din care 70% în ţări în curs de dezvoltare.

„Principalul mijloc de prevenire a epidemiei secolului 21 va fi oprirea creşterii nivelului tabagismului la femeile din Asia şi Africa în particular la cele tinere" a declarat Dr. Drek Yach, directorul proiectului *Iniţiativa OMS pentru o lume fără tutun* .

În alocuţiunea sa de deschidere a conferinţei Dr. Gro Harlem Brundtland, director general al OMS, a prezentat industria tutunului ca inamicul public numărul unu. „Epidemia tabagismului nu cruţă nici o naţiune, nici un popor, sunt 4 milioane de morţi pe an, 11000 pe zi. În cortegiul morţilor şi distrugerilor programate de industria tutunului, ţigareta este singurul produs de consum care omoară pe cel ce o foloseşte cum doreşte producătorul."

Directorul regional al OMS pentru Pacificul occidental. Dr.Shigem Omi a declarat:„Industria tutunului se orientează către regiunea Asia-Pacific pentru a recruta noi consumatori făcând apel la tehnici de marketing, asociind folosirea ţigaretelor la o practică socialmente acceptabilă în vânzare şi seducţie."

Cancerul pulmonar în Japonia a crescut de 14 ori în ultimii 40 de ani ajungând în 1998 la 50000 de morţi pe an, cancerul pulmonar fiind principala cauză de deces prin cancer.

Dr. Rowena van der Marwe a prezentat un ecou al unui raport al Băncii Mondiale către guverne în lupta contra tabagismului, arătând avantajele luptei contra tutunului şi că fumatul este absurd şi costisitor. După cifrele Băncii Mondiale în afară de costul în vieţi omeneşti, tutunul antrenează boli şi cheltuieli de sănătate, o pierdere netă mondială annuală de 200 miliarde (dolari US), mai mult decât PNB din Malaesia şi Singapore împreună.

Tot Dr. Rowena van der Marwe a spus că: „Rari sunt cei care contestă nocivitatea tutunului pentru sănătate." Dar tutunul este la fel de dăunător prosperităţii economice a ţărilor. A sosit momentul de a mobiliza foloasele şi logica economiei pentru a

Scanned with OKEN Scanner

sfârşi prin a reduce tributul dat pentru tutun". Prevenirea constituie mijlocul de luptă cel mai eficient şi cel mai rentabil, ale cărui efecte asupra tendinţelor viitoare vor fi spectaculoase. Totuşi, se impun măsuri complete pentru încurajarea oamenilor de a se lăsa de fumat.

Doctorul wan der Marwe a propus să se aducă taxele la 66-75% din preţul ţigărilor şi să se utilizeze sumele încasate la campanii pentru îngrijirea sănătăţii şi contra-publicitare. Această propunere a fost inclusă în Declaraţia finală.

Pe lângă declaraţiile principalilor participanţi la conferinţa de presă finală au participat două tinere militante anti-tutun.

Annika Dulknark, Miss Suedia 1996, a arătat cum concursurile de frumuseţe sunt folosite ca instrumente de marketing antitabac. De exemplu toate candidatele la titlul de Miss Suedia trebuiau să fie nefumătoare şi rolul lor constă în parte în a merge în şcoli şi a educa pe copiii în vârstă de 10-14 ani asupra pericolelor tutunului. Ea a adăugat că Franţa, Italia, Norvegia, Islanda şi concursurile Miis Univers (la care participă 80 de ţări din lumea întreagă) au adoptat sau vor serios să adopte astfel de practici.

Tanya Selvaratnam din Sri-Lanka, membră în consiliul de administraţie al Third Wave, fundaţie de ajutorare a femeilor tinere, actriţă producătoare de filme, diplomată la Universitatea Harvard în istoria dreptului internaţional, a făcut o mărturisire sfâşietoare a suferinţei sale produsă de moartea tatălui ei, medic de 54 de ani, ca urmare a unui cancer pulmonar.

Dependenţa şi întreruperea fumatului:

Motivele principale pentru reducerea fumatului de către femei sunt consecinţele tabagismului asupra sănătăţii, sarcina şi copilul care urmează să se nască.

Scanned with OKEN Scanner

Femeile par mai puţin capabile să reuşească în tentativa de renunţare la tutun (30%) comparativ cu bărbaţii (53%). Ele eşuează şi recad mai des decât bărbaţii.

Dependenţa fizică de nicotină este un obstacol important în intreruperea fumatului. Adolescentele care încep să fumeze subestimează forţa şi rapiditatea instalării dependenţei şi cred că ele se pot opri oricând. Dependenţa fizică de nicotină se instalează foarte repede de la câteva zile la câteva săptămâni. După stoparea fumatului se produc simptome ca iritabilitate, anxietate, agitaţie, dificultăţi de concentrare, tulburări ale somnului şi poftei de mâncare, impulsuri irezistibile de a relua o ţigaretă.

Legătura între depresie şi tabagism este puternică. Prevalenţa tabagismului este mai importantă la subiecţii care suferă de depresie. Femeile par să sufere de depresie mai mult decât bărbaţii. Este greu de stabilit dacă depresia este cauza sau consecinţa încetării fumatului.

Pentru întreruperea dependenţei de nicotină comunitatea ştiinţifică internaţională face următoarele recomandări:

- Un sfat minim de la un prefesionist (în domeniul sănătăţii) care consultă un pacient, pentru orice motiv. Femeile consultă mai des un profesionist în domeniul sănătăţii decât bărbaţii, pentru ele (ginecologie, contracepţie) sau pentru copiii lor. Ele au astfel ocazia de a fi informate asupra consecinţelor tabagismului asupra sănătăţii de către medicii generalişti, ginecologi, pediatri, stomatologi, farmacişti şi asistente medicale.
- Folosirea unor tratamente de substituţie nicotinică (pag. 74)
- Prevenirea recăderii prin limitarea creşterii în greutate şi a depresiei (pag.143)

În concluzie tabagismul feminin se anunţă ca o catastrofă sanitară a celui de al III-lea mileniu. Se impun măsuri de prevenire şi de ajutorare a femeilor pentru eliberarea de nicotină.

Scanned with OKEN Scanner

2.11. FUMATUL LA TINERI

Fumatul este unul din comportamentele cele mai periculoase pe termen lung pentru sănătatea tinerilor. El este foarte răspândit în toată lumea fiind în creştere în ţările în curs de dezvoltare. În majoritatea ţărilor tabagismul are o rată de creştere mai mare la fete decât la băieţi. Tinerii încep să fumeze la vârste tot mai precoce în general sub 19 ani.

Tinerii fumători riscă să facă mai ales bronşite şi alte afecţiuni ale căilor respiratorii, însoţite de tuse şi guturai, faţă de nefumători. Ei părăsesc adesea şcoala şi devin consumatori de droguri ilicite şi beţivi.

2.11.1. Prevalenţă

Cu toate că efectele nocive ale tabagismului sunt cunoscute, cunoştinţele pe care tinerii le au nu sunt suficiente pentru a-i determina să nu înceapă fumatul. Consecinţele tabagismului par foarte îndepărtate pentru tineri. Efectele farmacologice ale nicotinei influenţează foarte mult continuarea consumului produselor din tutun.

Tinerilor le place să-şi asume riscuri şi de aceea fumatul poate părea atrăgător. Ei trebuie să înţeleagă că ei sunt singurii care îşi pot controla viaţa optând între a fi sănătos şi a fuma.

Deşi în Regiunea europeană apuseană, se constată un declin general al tabagismului şi o creştere a proporţiei ex-fumătorilor, tinerii, în principal fetele, continuă să adere la fumat în ciuda sensibilizării publicului la riscurile pe care fumatul îl reprezintă pentru sănătate. Majoritatea tinerilor nu fumează şi sunt semne să scadă şi numărul celor care încearcă.

La vârsta adolescenţei influenţa părinţilor scade considerabil în detrimentul cercului de prieteni sau colegi. Adolescentul doreşte să intre în grupul pe care îl consideră reprezentativ pentru valorile sale. Uneori presiunea grupului se

Scanned with OKEN Scanner

combină cu sentimentul de mândrie masculină, caracterizat printr-un comportament independent şi temerar.

Faptul că bolile provocate de tutun nu se dezvoltă decât după un timp îndelungat pare să fie un obstacol în descurajarea tinerilor în începerea fumatului.

Pe lângă acţiunile de prevenire întreprinse în şcoli şi de către societatea civilă trebuie prevăzute iniţiative vizând fumatul la adulţi, la părinţi. Fumatul parental fiind un factor determinant în experimentarea copiilor, măsurile destinate diminuării tabagismului parental ar permite tinerilor să crească în cămine fără mediu de tutun.

Pentru că folosirea tutunului de către tineri este în primul rând o chestiune de ocazie, disponibilitatea de ţigarete trebuie restrânsă. Aceasta împreună cu restricţionarea publicităţii şi promovării a dus în anumite ţări la reducerea fumatului la tineri.

Copiii nu învaţă numai în clasă, ci şi din experienţa zilnică din anturajul lor. Recunoaşterea existenţei mesajelor în favoarea sănătăţii difuzate în clasă şi a exemplelor frecvente din afara şcolii, dăunătoare sănătăţii, a dat naştere conceptului de şcoală în serviciul sănătăţii. Obiectivul global al şcolii în serviciul sănătăţii[2.50] este de a ajunge la:

Un mod de viaţă sănătos pentru ansamblul populaţiei şcolare, prin crearea de medii propice promovării sănătăţii. Conceptul oferă posibilitatea obţinerii unui mediu social şi fizic sigur şi favorabil sănătăţii şi cere o angajare în acest sens.

Colaborarea OMS, cu alte organizaţii[2.50] internaţionale a dus la crearea unei reţele de şcoli în ţări europene care furnizează un sistem ce permite difuzarea de exemple de bună conduită. În 1995 reţeaua acoperea 33 de ţări între care şi România .

[2.50] Réseau europeen des Ecoles-santé. Un project conjoint OMS/conseil de l'Europe (CE)/Commision des Communautés européennes (CEE), Copenhague, 1993/document EUR/ HPS 3

Scanned with OKEN Scanner

Succesul acestei iniţiative depinde de responsabilii cu serviciile de educaţie, sănătate şi dezvoltare socio-economică la toate nivelele.

O anchetă a OMS[2.51] a dat o interpretare mai largă folosirii curente a tutunului, înglobând consumul zilnic, săptămânal şi ocazional. S-a constatat că nivelul folosirii curente a tutunului înregistrat era mai ridicat. Prevalenţa era de la 3 la 10% la băieţii de 11 ani respectiv în Austria şi Polonia şi de 1 la 5% la fetele din Austria şi Ţara Galilor. La vârsta de 15 ani prevalenţa evoluează între 19% în Ţara Galilor şi 39% în Ungaria pentru băieţi şi între 16% în Polonia şi 39% în Finlanda pentru fete. Fumătorii ocazionali reprezintă o parte deloc neglijabilă din categoria fumătorilor curenţi.

În Franţa o anchetă realizată de către Harris Medical, telefonic, pentru Societatea franceză de cardiologie, a arătat că 13% din copiii sub 10 ani şi 29% din cei de 10-11 ani au fumat deja.

În Spania majoritatea fumătorilor au încercat să fumeze la vârsta medie de 16,6 ani.

Generaţia tânără[2.52] începe să fumeze la vârste timpurii, un procent important chiar înainte de 14 ani. Tinerele cu vârste între 15 si 18 ani au început să fumeze la o vârstă mai mică decât a tinerilor. Este opus la ceea ce se întâmpla la generaţiile anterioare.

Pe de altă parte în categoria 15-18 ani, procentajul tinerelor care fumează zilnic este mai mare decât al bărbaţilor.

În Franţa 59% din adolescenţii de 18 ani, de ambele sexe, fumează; procentaj record pentru Uniunea Europeană.

[2.51] K. Anderson. Les jeunes, l'alcool, la drogue et le tabac. OMS. Publications regionales, séric européenne No.66

[2.52] Spania. Plan national privind drogurile. Strategia Naţională privind drogurile. 2002-2008

Scanned with OKEN Scanner

„La 15 ani începi să fumezi pentru a proba că eşti bărbat, 15 ani mai târziu încerci să întrerupi pentru acelasi motiv". Ernest Hemingway

99% dintre adolescenţi consideră că fumatul este dăunător sănătăţii, dar fumează pentru a se destinde şi găsesc acest fapt agreabil.

În Elveţia, a crescut dramatic consumul de tutun la tineri, în special la cei de 15-19 ani. Între 1992 şi 1997 numărul fumătorilor din această grupă de vârstă a crescut de la 29 la 41% la băieţi şi de la 18 la 39% la fete. 25% dintre elevii de 15 ani fumează mai mult de o dată pe săptămână.

2.11.2. Combaterea tabagismului la tineri

Reviste de prestigiu adresate tinerilor ca Science et vie Junior se implică în acţiunea de informare şi educare a tinerilor. De exemplu ea se adresează tinerilor:

„Aveţi mai puţin de 25 de ani ? Voi sunteţi ţinta privilegiată a industriei de ţigarete pentru că 95% dintre fumători au început la vârsta voastră[2.53]. Vi se organizează seri în discoteci cu distribuire de eşantioane. Se aromatizează tutunul cu vanilie şi ciocolată pentru a place mai mult papilelor voastre tinere. Se recrutează stele de cinema pentru publicitate în filme etc."

Prevalenţa consumului cronic şi numarul de ţigarete fumate cresc cu vârsta.

Folosirea pe cale orala, prin mestecare, este răspândită la copiii din Norvegia si Suedia.

Majoritatea tinerilor care fumeaza încep să o facă fie datorită presiunii anturajului, fie datorita faptului că unul sau ambii părinţi fumează. Presiunea anturajului nu înseamnă atât presiunea exercitată din afară de o persoană sau un grup, cât o presiune autoimpusă pe care o simte un individ de a se comporta

---

[2.53] Tabac: Comment on vous piège: Science et vie – Junior.nr. 155, pag.98, 2002

Scanned with OKEN Scanner

ca toţi ceilalţi din grup, cu scopul de a simţi că face parte din acesta.

Publicitatea societăţilor de tutun exploatează dorinţa de independenţă şi de rebeliune a copiilor asociind fumatul cu libertatea şi individualitatea. Suportul publicitar al companiilor de tutun vizând aşa zisa reducere a folosirii tutunului de către tineri riscă să contribuie şi mai mult la tabagismul lor pentru că sunt încurajaţi să ia decizii ei înşăşi fără să asculte de părinţi.

Înainte de a lua o decizie privind fumatul, tinerii trebuie să se gândească la viitorul lor, conştienţi de propria valoare şi ignorând presiunile exterioare. Ei pot decide liber, după ce înţeleg cine sunt, ce vor să fie şi cum pot ajunge ceea ce vor să fie, cu fumat sau fără.

Ei pot decide liberi înainte de a deveni dependenţi de nicotină.

Tinerii văd fumatul ca o chestiune de relaţii sociale între oameni de aceeaşi vârstă şi mai puţin ca o consecinţă a dependenţei de nicotină. Tinerii fumători vor să arate „cool" şi să aparţină unui grup[2.54].

Tot mai mulţi dintre tinerii din ţara noastră fumează. Vârsta de debut a fumatului este din ce în ce mai mică. Întrebarea, către un tânăr , de cele mai multe ori este nu aceea „dacă fumează" ci „cât fumează" a spus doamna doctor Daniela Bartoş*, ex-ministru al Sănătăţii şi Familiei.

În anul 1999 Proiectul European de Cercetare pentru evaluarea consumului de Droguri (legale şi ilegale) în şcoli ESPAD a realizat anchete în multe şcoli din UE pentru o evaluare riguros ştiinţifică a consumului de droguri. În România, care a aderat la Proiect în anul 1998, Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate a realizat prima investigaţie în anul 1999.

[2.54] J. Rugkasa et al. Anxious adults vs. cool children. Social science & medicine 2001, 53,p 593-602.

*Conferinţă de presă la 20 noiembrie 2002 în ajunul Zilei Naţionale fără Tutun.

Scanned with OKEN Scanner

Au participat specialişti din MSF, de la unele direcţii de sănătate publică, alte instituţii şi mai ales MEC. Sondajul s-a realizat pe 2394 de elevi din 140 de licee selecţionate din cele 1288 din întreaga ţară. Eşantionul a fost format din subiecţi născuţi în 1983, care la data sondajului aveau 16 ani. Studiul a scos la iveală date îngrijorătoare: 57% dintre subiecţi au fumat, dar foarte mulţi liceeni dezaprobă fumatul (între 26% şi 78.4%). Fumatul la tineri este mai puţin răspândit în România faţă de unele ţări europene, prevalenţa de-a lungul vieţii fiind de 57% faţă de 69% şi pentru ultimele 30 de zile de 24% faţă de 37%.

Într-un studiu ulterior, realizat de Direcţia de Sănătate Publică a Universităţii de Medicină şi Farmacie din Timişoara în colaborare cu Inspectoratul Şcolar şi Centrul de prevenire şi consiliere antidrog din cadrul IPJ Timiş, pe 801 elevi cu vârste de 14-20 de ani, s-a arătat că aproape 44% sunt fumători. Majoritatea acestora încep să fumeze prima ţigară la 15-16 ani, urmată de grupa 13-14 ani, un procent de 3% recunoscând că au fumat înainte de a împlini vârsta de 8 ani. *Peste 85% dintre cei chestionaţi au afirmat că nu li s-a cerut să dovedească vârsta atunci când au cumpărat ţigarete.*

În SUA, este folosită autoritatea Protecţiei Consumatorului ca mijloc eficace de respectare a legilor care interzic vânzarea produselor din tutun minorilor.

În Canada, Societatea canadiană a cancerului a adunat informaţii privind legile care penalizează pentru tentativa de cumpărare de produse din tutun, cumpărarea şi posesia lor sau consumul lor de către tineri.

Într-un studiu efectuat în Canada, în localităţi în care legea vânzării produselor din tutun minorilor este respectată în proporţie de 90% s-a arătat că membrii de familie, prietenii, străinii şi băieţii de prăvălie minori sunt cei care aprovizionează minorii fumători.

Un sondaj efectuat asupra a 17000 de tineri canadieni de 10-12 ani a evidenţiat că 2,2% erau tentaţi să cumpere ţigarete pe internet.

Scanned with OKEN Scanner

Într-un raport publicat de programul de luptă cu tabagismul în Canada, se menţionează că gradul de respectare a interdicţiei vânzării ţigaretelor minorilor este în medie de 69,8%. Cel mai jos nivel se află la Quebec, 47%. Numai 36% din agenţii însărcinaţi cu aplicarea legii de interdicţie a vânzării produselor din tutun folosesc metoda vizitei la vânzători pentru a creşte gradul de respectare al legii.

Cel mai mare fabricant de ţigarete japonez, Japan Tobacco Inc. şi filialele sale din străinătate, a convenit stoparea reclamelor cu impact asupra tinerilor. Ele vor fi interzise la distanţă mai mică de 100 m de şcoli . Măsurile sunt efective din 31 decembrie 2002.

Spre deosebire de alte ţări din Europa de Sud-Est, în România copiii nu învaţă să fumeze pe maidan sau la colţ de stradă ci chiar în incinta şcolilor, în pauze.

Este şocant să aflăm că cei mai înverşunaţi adepţi ai fumatului în rândul copiilor din ţara noastră sunt chiar părinţii acestora[2.54] care sprijină ideea ca elevii să fumeze chiar în incinta şcolii. MEC a elaborat însă un Regulament pentru învăţământul preuniversitar în care se prevede, între altele, că elevii nu au voie să fumeze în şcoală sau în curtea şcolii.

Între motivele pentru fumat numai în ţara noastră se află pe primul loc presiunea exercitată de colegi. Urmează apoi alte motive ca stressul, plăcerea, ideea că dacă fumezi eşti mai interesant, plictiseala şi exemplul părinţilor.

În anul 2001 a fost lansată campania de prevenire a fumatului juvenil, „Monitor " sub îndemnul „Fii adevărat. Arată ce poţi" constând în spectacole la care tinerii primesc infomaţii cu privire la riscurile fumatului şi spoturi educative la radio şi televiziune.

Părinţii şi protejarea copiilor

Dacă cineva ar urmării copiii pentru a-i răni, părinţii ar sări în ajutor. Părinţii în general îi protejează pe copii. Ei trebuie

---

[2.54] http://www.cotidianul.ro/anterioare/2001/social/soc/2329 apr.htm

Scanned with OKEN Scanner

să-i protejeze şi de fumat. Pentru aceasta trebuie să fie modele de obiceiuri bune, nefumători. Metoda: „Fă ce zic şi nu ce fac" nu dă rezultate bune. Copiilor nu le place făţărnicia şi copiază în mod natural comportarea părinţilor.

Pentru a fi modele, părinţii trebuie să renunţe la fumat. Să încerce chiar de mai multe ori, până când reuşesc.

Scenele din filme în care se fumează incită tineretul la fumat.

O echipă de cercetători americani a făcut o anchetă asupra a 4919 elevi între 9 şi 15 ani în Statele Americane Vermont şi New Hampshire. Echipa a văzut 601 filme. Un film prezenta în medie cinci scene în care se fuma . Un copil a văzut în medie 91 de astfel de scene. Elevii au fost împărţiţi în patru grupe.

- Grupa 1: 5% din copii şi adolescenţi care au văzut până la 50 scene în care se fuma au încercat fumatul
- Grupa 2: cei care au văzut între 50 şi 100 scene de fumat; dintre ei 14% au experimentat fumatul. Riscul este de 1,7 ori mai mare decât la prima grupă.
- Grupa 3: dintre cei care au văzut între 100 şi 500 scene de acest tip 22% au fumat. Riscul este de 2,4 ori mai mare decât în prima grupă.
- Grupa 4: 31% dintre cei care au văzut peste 150 scene de acest tip au fumat. Riscul este de 2,7 ori mai mare faţă de prima grupă.

Aceste date[2.55] de necontestat demonstrează că scenele de fumat din filme incită tinerii la consumul de produse din tutun.

Din cele 601 filme, majoritatea au rulat cu ani în urmă dar mai sunt disponibile pe video. Acest tip de publicitate, care a durat mult timp, a dus la creşterea numărului fumătorilor.

[2.55] J.D. Sargent, *Efect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents*: BMJ 2001, 323, pp. 1394-1397

Scanned with OKEN Scanner

Alt studiu american[2.56] făcut pe 4544 elevi între 10 şi 13 ani, împărţiţi în trei grupe, ajunge la aceleaşi rezultate.

- Grupa 1 cuprinde copii ai căror părinţi le-au permis să vadă filme din categoria R (cu scene de sex şi violenţă) fără restricţii şi au fumat în proporţie de 35%.
- Grupa 2 cuprinde copii ai căror părinţi au fixat restricţii parţiale. 12% dintre ei au fumat.
- Grupa 3 cu copii ai căror părinţi au interzis vizionarea acestor filme . 2% dintre ei au fumat .

În concluzie părinţii pot contribui la împiedicarea copiilor lor de-a fuma dacă le interzic vizionarea unor astfel de filme.

În Statul american Vermont, tinerilor din clasa a IV-a până la a XI-a, de trei ori într-un an li s-a pus întrebarea:„Cum ar reacţiona părinţii tăi, dacă te-ai apuca de fumat şi ei ar afla?" S-a constatat că, dacă părinţii sunt în timp mai puţin severi cu fumatul, probabilitatea este mai mare pentru tineri de a începe să fumeze. Dacă părinţii nu renunţă la decizia lor, clară şi categorică, tinerii recurg mai puţin uşor la ţigarete.

Aceste cercetări contrazic opinia aproape generală după care părinţii nu ar putea împiedica copiii lor să fumeze[2.57]

Problemele de greutate măresc riscul de a fuma la fete

Încă de la 11-12 ani fetele sunt preocupate de linia corpului lor şi vor să fie subţiri. Ele riscă să ajungă fumătoare la 18-19 ani, cum a arătat un studiu american.[2.57] Ţigaretele par să fie pentru fete un mijloc pentru a controla greutatea. De altfel publicitatea pentru tutun se adresează adesea femeilor abordând dorinţa lor de a fi suple.

[2.56] M.A.Dalton , *Relation between Parental restrictions on Movies and Adolescent.* Effective Clinical Practice, 2002, 5, pp 1-10.

[2.57] C.C. Voarhees et al. Early Predictions of Daily Smoking in Young Women , *Preventive Medicine* , 2002; 616-624

Scanned with OKEN Scanner

Preocuparea exagerată a tinerelor pentru greutatea lor trebuie să fie un semnal de alarmă pentru riscul crescut de a începe fumatul. De altfel promovarea sănătăţii trebuie să aibă ca obiectiv şi cum să-şi controleze adolescentele greutatea fără fumat, în mod sănătos.

Este de luat în considerare că tinerele fumătoare sunt mai ales tentate să renunţe la fumat decât fumătoarele vârstnice.[2.58] Oprirea fumatului este frecvent urmată de creşterea în greutate, observată la ambele sexe, dar modificarea comportamentului alimentar pare să fie mai durabilă la femei. La majoritatea lor creşterea în greutate este mai mică de 6 kg.

Toate studiile efectuate în diferite ţări arată că în majoritatea cazurilor, fumatul începe în adolescenţă şi uneori chiar mai devreme. Fumatul devine rapid o programare fizică de care nu te poţi despărţi pentru că nicotina provoacă o puternică dependenţă Această constatare l-a făcut pe Dr. David Kessler, comisar la Food and Drug Administration, din SUA să declare: „Nicotinodependenţa începe cel mai adesea în adolescenţă şi putem vorbi într-adevăr de o maladie pediatrică".

Fumatul de „încercare" s-a dovedit periculos. O pătrime până la o treime dintre tinerii care au experimentat ţigareta au ajuns să fumeze regulat în anii următori.

După un studiu american publicat în revista *Tobacco Control* citată de AFP, două ţigarete pe săptămână sunt suficiente pentru ca un copil să devină dependent de nicotină.

„Copiii devin dependenţi de nicotină cu o rapiditate surprinzătoare şi cu doze de tutun mai scăzute decât s-ar fi crezut posibil" se arată de către autorii altui studiu publicat de British Medical Journal. Cercetătorii au chestionat în mai multe rânduri , pe parcursul a 30 de luni 679 de elevi cu vârste cuprinse între 12 şi 13 ani. Dintre cei 332 de elevi care au afirmat că au încercat să fumeze cel puţin o dată, 40% au semnalat nevoia de a fuma,

---

[2.58] A. Morabia et al., Ages at Initiation of Cigarette Smoking and Quit Attenpts Among Women, *Am. Journ . of Public Health* 2002; 92, 71-74

Scanned with OKEN Scanner

dificultatea de a renunţa la fumat, iritabilitate şi anxietate când nu puteau fuma, simptome de dependenţă de nicotină. În cazul fetelor dependenţa a survenit mai repede decât la băieţi, la aproximativ trei săptămâni după ce au început să fumeze.

Copii şi adulţii nu sunt la fel de rezistenţi faţă de nicotină. Creierul adolescent, încă în creştere, este mai vulnerabil la dependenţă decât cel adult.

Nicotina duce cu timpul la dependenţă la fel ca drogurile dure, ca heroina sau cocaina.

Majoritatea tinerilor canadieni consideră că folosirea tutunului duce la dependenţă şi este nociv pentru sănătate. O minoritate însă importantă crede că fumatul ocazional nu comportă nici un pericol, că fumătorii pot înceta fumatul când doresc şi că sănătatea este afectată numai dacă se fumează mai mulţi ani.

Tutunul, obstacol major în drepturile copilului

La 4 mai 2001, Biroul de informaţii al OMS a dat un comunicat de presă despre *Raportul asupra tutunului, obstacol major în drepturile copilului.* OMS incită ţările membre să respecte Convenţia privind drepturile copilului luând toate măsurile legale si regulamentare necesare pentru protejarea copiilor de tutun şi veghind ca interesele lor să treacă înaintea celor ale industriei tutunului. Numai două ţări din lume nu sunt parte a acestei convenţii.

În fiecare an 4 milioane de persoane mor prematur de patologii legate de tabagism şi această cifră va atinge aproximativ 10 milioane în 2030. Aceste viitoare victime ale tutunului sunt astăzi copii. Conform raportului, 250 milioane dintre ei vor muri de tabagism şi tendinţele actuale rămân neschimbate.

Tabagismul la tineri continuă să crească din cauza publicitaţii agresive dusă de industria tutunului asupra noilor generaţii de fumători potentiali. Societăţile tutunului cheltuiesc milioane de dolari pe an pentru promovarea unui produs care

Scanned with OKEN Scanner

încurajează copiii în adoptarea unui comportament nociv dezvoltării lor fizice, mentale şi sociale.

Pe lângă consecinţele directe ale consumului de tutun, copiii sunt expuşi repercusiunilor nocive ale tabagismului pasiv. Conform raportului, jumătate din numărul copiilor din lume, aproape 700 de milioane, respiră un aer poluat de fumatul altora. În aproape toate cazurile ei nu au de ales fiind incapabili să protesteze sau să se protejeze.[2.60]

În raport este abordată şi problema muncii copiilor. Societăţile tutunului au fost implicate în exploatarea mâinii de lucru infantile în principalele ţări producătoare de tutun, ca Argentina, Brazilia, China, SUA, India, Indonezia şi Zimbabwe.

Ţinând seama de rezultatele cercetărilor ştiinţifice care probează efectul nociv al consumului de tutun şi al fumatului involuntar asupra sănătăţii copiilor, a documentelor care stabilesc că ei sunt ţinta societăţilor de tutun, lupta generalizată împotriva tutunului apare ca o chestiune importantă pentru guverne, de resortul puterii lor legislative, dar şi ca o obligaţie în cadrul Convenţiei.

Fermitatea politicilor de luptă anti-tutun va permite respectarea drepturilor copiilor, cu deosebire ale acelora referitoare la garanţiile de bază pentru sănătate şi protecţie contra muncii.

În Canada s-a adăugat o taxă pe produsele din tutun cu scopul creerii unui fond, estimat la 400 milioane dolari SUA, total independent de guvern, pentru promovarea prevenirii folosirii tutunului de către tineri.

Fumatul involuntar

S-a stabilit o realaţie cauză-efect între tabagismul pasiv şi toată gama de efecte potenţial mortale cuprinzând cancerul pulmonar şi cardiopatiile. Pentru copii situaţia este deosebit de îngrijorătoare pentru că expunerea involuntară la fumul de tutun a

---

[2.60] http://tobacco.who.int/en/youth/index.html

Scanned with OKEN Scanner

fost recunoscută ca responsabilă de infecţiile respiratorii, afecţiunile urechii medii, crizele de astm şi de moartea subită a noilor născuţi.[2.61]

După anumite anchete, riscul de moarte subită la copiii mici, fumători pasivi este de 2-3 ori mai mare decât la cei feriţi de fumat.

La copiii astmatici tabagismul pasiv măreşte intensitatea şi frecvenţa crizelor. Există conform studiilor, o relaţie doză-efect care arată că riscul de criză de astm creşte cu :

14% când fumează tatăl,

28% când fumează mama şi

52% când fumează ambii părinţi

În SUA fumatul secundar este responsabil în fiecare an de 8000 până la 26000 noi cazuri de astm la copii.

Plămânii copiilor au dimensiuni mai mici şi sistemul lor imunitar este mai puţin dezvoltat decât la adulţi. De aceea fac mai uşor infecţii ale căilor respiratorii şi ale urechilor. Respirând mai repede copiii inhalează în acelaşi interval de timp o cantitate mai mare de compuşi nocivi (din fumul de tutun) raportată la greutatea lor.

Copiii nu ştiu si nu pot să se apere de fumul de tutun secundar.

Fumatul involuntar antrenează o creştere a numărului bronşitelor, pneumoniilor şi a altor afecţiuni respiratorii.

Problemele respiratorii şi infecţiile urechii medii cresc cu 70% la copiii a căror mamă fumează şi cu 30% dacă tatăl fumează.

În California s-a stabilit, în 1997, că infecţiile acute şi cronice ale urechii medii sunt responsabile de 0,7-1,6 milioane de consultaţii medicale pe an. 13% din infecţiile urechii, in SUA, erau cauzate de tutun.

[2.61] Dosarul „Tabagism pasiv" al OMS/Iniţiativă pentru o lume fără tutun/world-Tobacco Day 2001

Scanned with OKEN Scanner

Creşterea riscului de moarte subită la nou născuţi este cauzată de expunerea *in utero* la tabagismul pasiv. După OMS 1/3 până la 1/2 din cazurile de moarte subită a sugarului, în 1999, erau cauzate de tabagismul mamei.

Se estimează că aproape 40% din morbiditatea mondială imputabilă factorilor de mediu atinge copiii mai mici de 5 ani. Organismul în creştere al copiilor este mai vulnerabil la contactul cu agenţii poluanţi din mediu.

Dr. Gro Harlem Brundtland, director general al OMS a arătat că fumatul secundar provoacă diferite îmbolnăviri la copii, motiv pentru care „Este indispensabil să fie rapid cunoscută necesitatea unor politici publice energice pentru protecţia copiilor de expunerea la fumul de tutun."*

Obiectivul acestor politici trebuie să fie garantarea dreptului fiecărui copil de a creşte într-un mediu fără fum de tutun .

Expunerea la fumul de tutun în timpul copilăriei poate mări riscul de contractare a maladiilor respiratorii cronice şi a cancerelor la vârsta adultă.

Tinerii canadieni sunt mai expuşi fumatului secundar decât cei din alte ţări pentru că ei petrec mai mult timp în interiorul locuinţei (datorită climei aspre).

Moartea subită a nou-născuţilor poate avea cauze multiple dar s-a constatat că riscul de moarte subită este mai mare dacă mama a suferit influenţa fumului de tutun secundar. O echipă de cercetători de la Universităţile din Roma, Florenţa şi Bari a dat următoarea explicaţie după ce au fost folosiţi şoareci intoxicaţi cu oxid de carbon la o concentraţie egală cu cea din sângele unei fumătoare de ţigarete: contactul regulat cu monoxidul de carbon înainte de naştere provoacă tulburări ale irigării muşchiului

---

* La a treia conferinţă ministerială asupra mediului şi sănătăţii. 1999.

Scanned with OKEN Scanner

cardiac al nou născutului. Aceste tulburări măresc riscul de moarte subită a copilului [2.62].

Reducerea performanţelor şcolare

În SUA peste 40% dintre copii sunt expuşi involuntar la fumul de tutun al altora. O echipă de cercetători americani a examinat repercusiunile fumatului involuntar asupra facultăţilor intelectuale a 4399 de copii şi adolescenţi între 6 şi 16 ani.[2.63]

8 din 10 copii participanţi la experiment nu au fost expuşi decât la doze modeste de fum de tutun. Cu toate acestea copiii au prezentat dificultăţi la lectură şi calcul ca şi lacune la desenul în spaţiu. Concluzia echipei de cercetători a fost că „Fumatul involuntar are o anumită influenţă asupra dificultăţilor cognitive ale copiilor, chiar dacă ei sunt expuşi la un tabagism slab."

Fumatul involuntar duce la incapacitate de muncă

Fumatul involuntar la locul de muncă duce la absenţe repetate datorită îmbolnăvirilor, la un consum suplimentar de medicamente şi la frecvente vizite medicale.

În schimb, aşa cum arată Asociaţia eleveţiană pentru prevenirea tabagismului, spaţiile de muncă fără fumat protejează nefumătorii de îmbolnăviri şi reduc cheltuielile întreprinderilor.

Sarah Mc Ghee şi echipa sa de cercetători au examinat 4414 poliţişti din Hong Kong. Toţi cei interogaţi nu fumaseră niciodată. Dar cei care erau expuşi fumatului involuntar la locul lor de muncă sufereau adesea de tulburări respiratorii şi aveau concediu medical.

[2.62] E.Cerbai, A. Mugelli. Comunicare la Congresul Societăii Europene de Cradiologie, Berlin, 2002, 31 aug.-4 sept. www.escardio.org/

[2.63] K. Yolto et al. Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Cognitive Ability Among US Children 2002, Pediatric Academic Scienties Annual Meeting.

Scanned with OKEN Scanner

2.12.REGLEMENTAREA COMERŢULUI CU PRODUSE DIN TUTUN

Dat fiind că produsele din tutun sunt fabricate pentru a conţine doze calculate de nicotină, drog care dă dependenţă, că urmările consumului de produse din tutun sunt grave, că expunerea la fumul de tutun ambiant este riscantă, sunt necesare măsuri de reglementare a consumului de tutun cu ajutorul agenţiilor de reglementare a drogurilor ilicite, aşa cum este cazul Food and Drug Administration în SUA.

2.12.1 Creşterea taxelor pe produsele din tutun duce la reducerea consumului lor

Prin mărirea taxelor pe tutun , cresc veniturile publice şi se reduce consumul de tutun. Ca regulă generală creşterea cu 10% a preţului ţigaretelor duce la o scădere de 4% a ţigaretelor fumate în total de populaţie în ţările bogate şi de 8% în ţările sărace. Pentru a scădea consumul, toate produsele din tutun trebuie taxate astfel încât să descurajeze trecerea de la un produs la altul. Preţul la tutun trebuie să fie exclus din calculul indicelui de preţ la consum pentru a evita efectul inflaţionist asupra indicelui de cost al vieţii.

Taxarea produselor din tutun poate servi la finanţarea luptei antitutun, ce cuprinde educaţia pentru sănătate, cercetări în domeniul luptei antitutun şi ajutor serviciilor de sănătate.

Taxele pe produsele din tutun au o incidenţă mai mare asupra tinerilor şi persoanelor defavorizate. Într-adevăr consumul tutunului scade mai repede decât la alte grupe de persoane când cresc taxele.[2.63] Deoarece tutunul produce dependenţă ritmul în care publicul încetează să mai folosească produsele din tutun nu

[2.63] Banca Mondială 1999. Curbing the epidermic: Governments and the economics tobacco control. www.worldbank.org

Scanned with OKEN Scanner

este acelaşi cu creşterea taxelor. Guvernele pot deci mări regulat taxele pe tutun, beneficiind de o creştere a încasărilor.

Se spune adesea că persoanele sărace sunt mai susceptibile decât alte grupuri la reducerea sau încetarea fumatului când are loc creşterea preţului. Tutunul provocând moartea , încurajarea defavorizaţilor de a înceta fumatu. nu poate avea decât un efect benefic.

Preţul scăzut incită la continuarea fumatului şi tocarea banilor pe produse din tutun. De aceea menţinerea taxelor asupra tutunului la un preţ scăzut este o măsură regresivă, pentru că încurajează tabagismul la persoanele defavorizate.

Ţările care au mărit taxele asupra tutunului au constatat o scădere sensibilă a consumului, care este însoţită de o creştere a încasărilor guvernamentale.

În ţările în curs de dezvoltare sunt menţinute preţuri mici de peste 10 ani, mai mici decât ale pâinii şi orezului. OMS afirmă că aceste preţuri au consecinţe grave, determinând niveluri mari de morbiditate şi mortalitate asociate tutunului.

Un studiu al OMS* asupra evoluţiei preţurilor din 1990 în 2000, în peste 80 de ţări, indică în ansamblu că ţigaretele au devenit mai scumpe în majoritatea ţărilor industrializate şi că sunt mai abordabile ca niciodată în ţări în curs de dezvoltare. Se estimează că peste 80% din 8,4 milioane de decese imputabile tabagismului în 2020 se vor produce în ţările în curs de dezvoltare. OMS avertizează că dacă preţurile rămân scăzute ele întăresc tabagismul, făcând să crească consumul, morbiditatea şi mortalitatea în viitor. Preţurile ţigaretelor tind să crească în ţările mai bogate, care au realizat programe puternice de luptă antitutun ca : Norvegia, Australia sau Hong Kong. Totuşi în ţări care nu au un program de luptă antitutun ca Elveţia şi Suedia, preţurile rămân scăzute.

Cu toate studiile efectuate de OMS, Banca Mondială, Fondul Monetar Internaţional şi mari economişti cu argumente

---

* *Tabacco Control*, 2002, vol. 11, Nr. 1

Scanned with OKEN Scanner

puternice pentru mărirea taxelor, faptele arată că preţul tutunului nu a urmărit inflaţia şi chiar că nu a fost niciodată aşa de scăzut.

„Creşterea preţurilor rămâne una din cele mai eficiente metode pentru frânarea consumului de produse din tutur şi pentru reducerea nivelului mondial de mortalitate care îi este imputabil " a declarat Dr. Derek Yach, director executiv al OMS pe probleme cu maladii netransmisibile şi sănătate mentală. Ea contribuie la împiedicarea nefumătorilor de a cădea în capcana dependenţei şi incită fumătorii la un consum mai mic de tutun şi la încercarea de a renunţa, iar pe ex-fumători de a nu relua fumatul.

Industria tutunului a devenit conştientă de consecinţele pe care le-ar avea o creştere a taxelor asupra volumului de vânzări . Documente secrete din acest domeniu obţinute de la Philip Morris şi British American Tobacco cu ocazia unui contencios în SUA exprimă bine grija ei:

„Dintre toate subiectele de preocupare cel care ne nelinişteşte mai mult este taxarea. Dacă restricţiunile impuse marketingului consumului de tutun în public şi tabagismului pasiv duc la scăderea volumului vânzărilor, experienţa noastră arată că taxarea are efecte mai mari. Ea are deci un loc esenţial în gândirea noastră asupra tabagismului şi sănătăţii" se arată într-un document al producătorului Philip Morris International. Pe de altă parte BAT, într-un document intern menţiona în 1992:

„Cu creşterea taxelor şi reducerea consumului care va rezulta, industria tutunului ar putea pierde toată vitalitatea sa".

Nu este surprinzător faptul că industria tutunului se opune cu vehemenţă creşterii taxelor şi face tot ce îi stă în putere pentru a împiedica autorităţile naţionale să ia astfel de măsuri .

OMS a făcut apel la guverne de a nu se lăsa deturnate de la prima lor misiune, care este protejarea sănătăţii publice şi să reziste presiunii industriei contra taxelor sau altor măsuri care contribuie la salvarea de vieţi.

OMS recomandă ca o parte din încasări să fie consacrată finanţării acţiunilor de luptă anti-tutun, ca programele pentru renunţarea la fumat , campanii de publicitate, sau cercetări asupra

Scanned with OKEN Scanner

cancerului. Multe ţări ca : Australia, Tailanda, Egiptul, Iranul şi unele state din SUA, cum este California au făcut-o deja. Altele ca: Anglia, Arabia Saudită sau Qatarul şi-au manifestat intenţia.

OMS a făcut şi alte recomandări de cooperare pentru armonizarea preţurilor tutunului şi astfel să dispară interesul pentru contrabandă; măsuri guvernamentale pentru alinierea preţurilor ţigărilor depăşind în fiecare an nivelul mediu de inflaţie; campanii puternice pentru mărirea de preţ şi de taxe conform convenţiei-cadru pentru lupta antitutun.

Se estimează că pentru a fi eficient, preţul de vânzare al produselor din tutun ar trebui să crească anual cu 10%.

În Elveţia, care nu este membră a Uniunii Europene, nouă organizaţii din Biroul pentru o politică de sănătate, Asociaţia elveţiană pentru prevenirea tabagismului, Liga pulmonară elveţiană, Institutul elveţian pentru prevenirea alcoolismului şi altor toxicomanii, Liga elveţiană contra cancerului, Promovarea sănătăţii Elveţia, Societatea elveţiană de sănătate publică, Federaţia medicilor elveţieni, Federaţia asiguraţiilor de boală şi Fundaţia pentru protecţia consumatorilor, au cerut într-o conferinţă de presă o reorientare a politicii din domeniul impozitării tutunului.

Taxele pe tutun în Elveţia sunt mai mici decât în Europa de Est.

Reorientarea constă în creşterea impozitelor pe tutun în UE. Dependenţa de ţigarete costă colectivitatea elveţiană 10 miliarde de franci pe an (8000 de morţi din cauza fumatului) în timp ce impozitul pe tutun nu reprezintă decât 1,7 miliarde de franci. Deci, nimic în favoarea sănătăţii.

Consiliul federal insă a renunţat la mijloace considerabile pentru sănătatea publică. Creşterea impozitului pe tutun este măsura cea mai eficientă petru scăderea consumului mai ales la tineri. Un fond pentru prevenire ar fi contribuit în mare măsură în acest sens.

Din noiembrie 2001 s-au purtat la Geneva negocieri între ţările membre ale OMS în vederea stabilirii unei convenţii-cadru

Scanned with OKEN Scanner

asupra controlului tutunului. Termenii esenţiali ai acestor negocieri sunt publicitatea şi promovarea produselor din tutun, diversificarea agricolă în plantaţiile de tutun, contrabanda internaţională şi impozitul pe tutun. Convenţia a fost semnată la 21 mai 2003 de către toate cele 192 de ţări membre lae OMS.

2.12.2. Contrabanda cu produse din tutun

O treieme din ţigaretele exportate în fiecare an nu apar în statisticile importatorilor. Dacă o mică parte este atribuită vânzării fără taxe, majoritatea este importată prin contrabandă. Această problemă este crucială. Ea reprezintă o preocupare importantă a guvernelor care pierd volume mari de îr casări ca taxe pe ţigarete, care nu sunt taxate. Faptul că ţigaretele de contrabandă se pot obţine la preţuri mai mici are şi consecinţe grave asupra sănătăţii, întrucât, încurajează tinerii şi persoanele defavorizate să fumeze.

Societaţile producătoare de ţigarete spun că guvernele ar trebui să reducă taxele pentru a reduce atracţia contrabandei. Ele ignoră câtevă fapte esenţiale:

- Guvernele riscă să piardă mulţi bani când reduc taxele.
- Societăţile de tutun au fost implicate ele însele în contrabandă.
- Ele nu sunt poate direct implicate în vânzarea ilegală dar ele vând în cunoştinţă de cauză persoanelor care o vor face. Ele ştiu care sunt drumurile folosite în traficul de contrabandă şi calculează beneficiile lor asupra comerţului legal când taxele se plătesc şi cel ilegal, unde taxele nu se plătesc.

Pentru soluţionarea problemei contrabandei cu produse din tutun este necesară o colaborare largă internaţională care se poate realiza prin Convenţia-cadru.

Posibilităţile pe plan local comportă:

- Scrierea avertismentelor sanitare pe pachete în limba locală pentru a diferenţia mai uşor ţigaretele de contrabandă de cele importate legal;

Scanned with OKEN Scanner

- Marcarea achitării taxelor locale pe pachete sau cartuşe;
- Înăsprirea amenzilor în caz de contrabandă şi întărirea respectului faţă de lege;
- Produsele din tutun trebuie să aibă marcaje clare indicând data şi locul unde au fost produse şi la ce grosist au fost expediate. Producătorii trebuie să răspundă de sosirea produselor la destinaţia prevăzută.

2.13.PUBLICITATEA PENTRU PRODUSELE DIN TUTUN

2.13.1 Interdicţia publicităţii tutunului în Europa, o cale lungă.

Deşi încă din 1962, Italia a interzis în întregime publicitatea pentru tutun, această măsură nu a trecut graniţa. În 1972 peste 30 de ţări au adoptat legi restrictive contra publicităţii ţigaretelor.

În Franţa lupta împotriva tabagismului a început în 1976 prin promulgarea legii propusă de ministrul sănătăţii Simone Veil. Legea numită Veil limita publicitatea pentru tutun.

Publicitatea în favoarea ţigaretelor urmăreşte recrutarea de noi fumători care să-i înlocuiască pe cei care au întrerupt fumatul sau au decedat (mulţi din cauza fumatului). Dacă companiile de tutun nu ar recruta noi consumatori ele ar sfârşi prin a-şi închide porţile. Recrutarea de noi consumatori se face prin publicitate. O creştere cu 10% a cheltuielilor pentru reclamă duce la o creştere a consumului cu 6%.

Numai în Uniunea Europeană marile companii de tutun au nevoie în fiecare an de 500000 de noi fumători.

Scanned with OKEN Scanner

Companiile de tutun folosesc publicitatea şi pentru a menţine consumatorii existenţi care ar putea întrerupe fumatul. Personajele tinere, sănătoase şi fericite, care figurează în publicitate, întăresc imaginea pozitivă a tabagismului reafirmând că acesta nu face rău. Numai interzicerea totală a publicităţii pentru tutun serveşte intereselor consumatorilor care ar dori să renunţe la fumat.

Ţările care au interzis publicitatea în favoarea tutunului au constatat o impresionantă reducere a tabagismului. De exemplu:

- Norvegia a interzis publicitatea în 1975 şi a înregistrat o cădere a prevalenţei tutunului de 9%.
- Finlanda a interzis publicitatea în 1977 şi a înregistrat o cădere de 6.7% a consumului de ţigarete.
- Noua Zeelandă a interzis publicitatea în 1990 şi a realizat o reducere a vânzărilor de tutun de 5.5%

Interdicţiile parţiale ale publicităţii pentru tutun nu sunt eficiente. Numai ţările care au instituit interdicţii totale au înregistrat scăderi nete a consumului de tutun. Dacă interdicţia este limitată la anumite media, societăţile de tutun schimbă media sau formele sub care prezintă mesajul publicitar

În anul 1989, Uniunea Europeană a inceput dezbaterea asupra interdicţiei publicităţii pentru tutun. Deodată, industria tutunului a făcut totul pentru a împiedica această interdicţie şi a reuşit prin grupurile de presiune să amâne o directivă a UE până în anul 1998.[2.64]

De atunci, un studiu ştiinţific a stabilit toate demersurile întreprinse de companii împotriva interdicţiei. Studiul se bazează pe documente industriale secrete dezvăluite în 1998.

În 1991 Philip Morris şi-a fixat ca obiectiv suprimarea directivei sau transformarea ei într-o rezoluţie juridică neconstrângătoare. În acest context industria tutunului a putut conta

---

[2.64] M Newman, A. Bitton, S. Glantz,Tobacco Industry Strategies for Influncing European Community Tobacco Advertising Legislation, *The Lancet*, 2002; 359, pp 1323-30

Scanned with OKEN Scanner

pe sprijinul celor mai înalte sfere politice, de exemplu pe cel al cancelarului german Helmut Kohl şi al primului ministru britanic Margaret Thatcher. Industria tutunului a reuşit astfel să-şi prezinte propunerile proprii în cursul negocierilor politice, mai ales prin intermediul delegaţiei germane.

În 1998, Parlamentul european a votat totuşi interdicţia publicităţii produselor din tutun. O înfrângere pentru multinaţionalele tutunului, care au depus plângere la Curtea Europeană de la Luxemburg. În acelaşi an Germania a adus cazul înaintea tribunalelor. Cu această ocazie Curtea Europeană a confirmat interdicţia publicităţii în domeniul comerţului transfrontalier în reviste şi ziare, la manifestări sportive şi culturale. În acest spirit Comisia Europeană a propus pentru mai 2001 o nouă directivă în privinţa publicităţii pentru produsele din tutun.

În Statele Unite, în anul 1999 industria tutunului a cheltuit peste 8,2 miliarde de dolari pentru comercializarea produselor sale, cu 1,5 miliarde sau 22% mai mult decât în anul precedent. Anumite puncte de vânzare, adesea vizitate de tineri, afişează o publicitate agresivă pentru tutun. În rapoartele lor, centrele americane de control al maladiilor şi prevenirilor critică vehement promovarea tutunului în aceste locuri. Se ştie că publicitatea pentru tutun răspândeşte tabagismul iar tineretul reacţionează la aceasta mai mult decât adulţii.

În Elveţia* s-au ţinut două referendumuri asupra interzicerii publicităţii pentru tutun şi alcool în anii 1979 şi 1993, în care electoratul a respins interzicerea, cu toate că sondajele anterioare au fost pozitive, din cauza alianţei dintre industria tutunului, agenţiile de publicitate şi presa scrisă. Companiile de tutun au reuşit să disimuleze rolul lor, în evitarea întregii publicităţi negative, finanţând campania contra interdicţiei publicităţii şi furnizând argumente dezvoltate de societăţile de

* Din anul 1964 este interzisă publicitatea la radio şi televiziune dar se practică cea prin afişaj public şi spoturi la cinematograf

Scanned with OKEN Scanner

relaţii cu publicul şi avocaţi prin centrul internaţional de informaţii asupra tututnului INFOTAB. Companiile de tutun şi aliaţii lor au adus argumente economice şi politice ca efecte negative asupra mâinii de lucru, veniturilor, impozitelor şi dreptului individului.

Comisia Europeană a prezentat un proiect la 20 iunie 2000 destinat să înăsprească legislaţia europeană aupra tutunului, care a fost aprobat de Parlamentul European şi adoptat de consiliul de miniştri. După textul adoptat suprafaţa rezervată pe fiecare pachet pentru atragerea atenţiei asupra pericolelor fumatului nu va trebui să fie inferioară a 35% din faţa anterioară a pachetului şi 45% din partea posterioară a pachetului de ţigarete. Se pot face menţiuni ca *„Fumând te omori"*, *„Fumatul provoacă impotenţă"* sau *„Fumatul omoară o jumătate de milion de oameni pe an"* în Uniunea Europenă.

Un studiu al Băncii Mondiale şi al OMS a stabilit că interdicţia globală a publicităţii sau creşterea preţului au un efect măsurabil asupra consumatorilor de tutun.

OMS a constatat că în ce priveşte publicitatea este imposibilă o diferenţiere între tinerii de 19 ani şi cei de 17 ani. Experienţa mondială a arătat adesea că interdicţiile parţiale ale publicităţii dau rezultate parţiale. În consecinţă Canada, Australia, Noua Zelandă, Africa de Sud, Finlanda, Suedia sau Thailanda, pentru a cita doar câteva ţări, au înlocuit acordurile voluntare prin interdicţii legale ale publicităţii şi promovării tutunului.

De remarcat este şi faptul că in Franţa încă în 1991 a fost votată legea Evin (prin modificarea unei legi anterioare din 1976) care preciza în articolul 2: „Propaganda sau publicitatea directă sau indirectă în favoarea tutunului sau a produselor din tutun ca şi distribuirea gratuită sunt interzise."

Conform documentelor industriale secrete distribuite în anul 1998, companiile de produse din tutun[2.65] :

[2.65] Fl. Mihălţan, R. Ulmeanu, C. Didilescu, Marile concerne de ţigări şi tinerii, *British Medical Journal*, ediţia în limba română 2002,1, 8.

Scanned with OKEN Scanner

- Neagă efectele asupra sănătăţii şi dependenţa indusă de tutun;
- Dezvăluie tacticile pentru vânzarea ţigaretelor la copii;
- Discreditează fumatul pasiv;
- Arată mişcările agresive care se fac în ţările în curs de dezvoltare şi implicarea companiilor tutunului în contrabandă;

În acţiunile lor publicitare concernele tutunului ţin seama de faptul că:

- Tinerii reprezintă o piaţă strategică importantă;
- Ei sunt expuşi în mod curent la mesaje, acţiuni promoţionale etc.;
- Pentru portretizarea activităţii şi funcţiei pe care o îndeplineşte fumatul se folosesc mai degrabă imagini decât informaţii;
- Reclama îmbină idealul cu imaginea proprie actuală;
- Reclama afectează percepţia tinerilor.

Toate acestea au făcut ca, în Anglia, 40% dintre fumători să creadă că fumatul nu poate fi aşa de periculos încât guvernul să interzică publicitatea. Este rezultatul principal al unei anchete reprezentative efectuate în noiembrie 2001 în timpul campaniei britanice intitulată „*Fumat sau sănătate*". Este de necrezut ca după 50 de ani de când în Anglia s-au publicat (în BMJ) primele articole despre fumat şi sănătate, aproape jumătate din fumători să aprecieze fals riscul fumatului.

Camera inferioară britanică a dezbătut interdicţia de publicitate pentru produsele din tutun[2.66]. Dar grupurile de presiune din industria tutunului caută să distrugă aceste eforturi, împingând guvernul la excluderea interdicţiilor din noua lege a comercializării directe. „Este esenţial ca industria tutunului să nu ajungă la finalul dorit" a declarat Gerard Hastings, directorul

---

[2.66] „*Cancer Researh UK*, Big Tobacco taking up residence in family homes" comunicat de presă 2002, 2 oct.

Scanned with OKEN Scanner

Centrului de cercetări pentru controlul tutunului de la Universitatea Britanică din Strathelyde.

Majoritatea fumătorilor încep să fumeze înainte de 18 ani. Fumătorii precoce fumează, în total, în medie 25 ani. Aceasta înseamnă că fiecare nou fumător reprezintă pentru industria tutunului un câştig de 36000 de lire. Cu astfel de câştiguri potenţiale industria tutunului nu lasă să-i scape tinerii fumători.

Progresele realizate în tratarea datelor au făcut să scadă mult costurile comercializării directe. Industria tutunului cumulează datele asupra clienţilor şi clientelor şi conchide asupra puterii lor de cumpărare, mărcilor preferate, modului lor de viaţă, în scopul unei ţintiri mai bune a curierilor lor. Acest tip de comercializare face adesea apel la concursuri, cadouri, mostre de ţigarete şi alte produse publicitare.

Gerard Hastings evocă un exemplu de cadou, cel al unei umbrele de o anumită marcă de ţigări care are un mare succes la tineri. Aceştia solicită trimiterea cadoului direct prin poştă şi când adulţii folosesc umbrela publicitatea pentru ţigări le rămâne în memorie.

Compania Reynolds va trebui să plătească 20 milioane de dolari pentru că a făcut publicitate în ziare ai căror cititori sunt în mare parte minori. Fabricantul ţigaretelor Camel şi Winston a violat un acord cu 40 de state federale modificând strategia publicitară. Aceeaşi companie a fost condamnată pentru a fi distribuit gratuit ţigarete la o manifestare unde se găseau şi minori.

2.13.2 Aspecte ale publicităţii tutunului în România

Publicitatea pentru produsele din tutun a fost limitată până în anul 2002 de Ordonanţa de urgenţă 55/1999, legea 225/2000, legea 125/2001, legea 148/2000 şi legea 283/2002, toate referitoare la interzicerea publicităţii pentru produsele din tutun în sălile de spectacol şi stabilirea normelor obligatorii pentru publicitate la produsele din tutun.

Scanned with OKEN Scanner

Într-adevăr în sălile de spectacol nu s-a mai făcut publicitate produselor din tutun. Aceasta a dus însă la o mare răspândire a publicităţii legale pe panouri mari exterioare şi interioare, ca la metrou, la vederea copiilor şi tinerilor. Se face o publicitate de imagini a unor tineri robuşti, veseli, cu pachete frumoase de ţigări alăturat; niciodată aprinse, din care să iasă fum şi să cadă scrum. Textul însoţitor nu contează. Nu este legat de imagine, sau este stupid. La aceste panouri mari colorate se adaugă izolat de conţinutul publicitar color un rând scris cu negru pe alb, cu caractere mici, care nu se mai vede de la distanţa la care se vede restul panoului, cu conţinutul „Fumatul dăunează grav sănătăţii" şi se menţionează şi de unde vine această părere „Directiva consiliului CE 89/622/CEE." „Este o părere a lor" ar spune restul panoului.

După promulgarea „Legii pentru prevenirea şi combaterea efectelor consumului produselor din tutun" în anul 2002, în anul 2003 companiile tutunului au trecut la o publicitate agresivă profitând de faptul că în ţara noastră se foloseşte încă „Directiva consiliului CE 89/622/CEE" mai veche şi nu „Directiva consiliului 2001/37/CE" mai nouă. Astfel pe lângă panourile mari, montate chiar şi în locuri nepermise de lege, în staţia de metrou, Unirii 1, cele 26 de coloane monumentale, placate cu travertin au fost îmbrăcate în cilindrii roşi pe toată înălţimea lor, pe care se face reclamă la o marcă de ţigarete, care au schimbat aspectul sobru, impunător al staţiei într-un aspect de bâlci.

Publicitatea directă în ziare, reviste, la radio şi televiziune nu se mai face dar există o reclamă mascată sau poate, involuntară fumatului.

De exemplu , la ştirea „După cele trei luni de autoexil Ion Cristoiu revine în presă ca editorialist la Curentul", se adaugă o fotografie artistică, color a ziaristului cu ţigareta în gură, neaprinsă, din profil, pentru a se vedea bine super-long-ul.* Sub

---

* *Curentul*, 8.03.2001

Scanned with OKEN Scanner

fotografie se menţionează şi ce reprezintă: << Ion Cristoiu devine din nou inamicul public nr. 1 al puterii >>.

Pe prima pagină a unui ziar mic*, un titlu foarte mare: << De 27 de ani fără televizor. Grigore Pădureanu îi sfătuieşte pe români (prin panouri montate pe casă) să renunţe la acest viciu (televizorul) >>. Omului fără „viciu" i se prezintă fotografia de două ori, o dată pe prima pagină în medalion şi a doua oară, mare, de fiecare dată cu ţigareta neaprinsă în gură.

În ziarul Naţional** este prezentată fotografia mare (13 x 23 cm), color, a domnului Cornel Nistorescu. Un bust care are în faţă şi o mână cu ţigareta între degete. A cui mână şi pentru ce? Nu se înţelege nici din explicaţia de sub fotografie: „Cornel Nistorescu, un cetăţean supărat pe toată lumea".

Evenimetul Zilei *** publică un foarte amplu articol critic despre George Pruteanu. I se prezintă şi o fotografie artistică, color, dar cu ţigareta în mână. Pentru ce?

Exemplele sunt aleatorii. Nu am urmărit sistematic această problemă.

În programele de televiziune există filme cu scene în care se fumează şi care nu sunt interzise minorilor.

De asemenea sunt prezentate informaţii diferite în care apar şi fumători, uneori „personalităţi". Dacă imaginea este luată astfel încât să nu se vadă ţigareta, se lasă să se vadă fumul.

Într-un articol se arată că British American Tobacco împlineşte un secol de la înfiinţare şi 5 ani de la deschiderea fabricii din Ploieşti. Sunt prezentate succesele deosebite ale companiei. Nu se fac legături cu morbiditatea şi mortalitatea cauzate de ţigaretele fumate.****

---

* *Libertatea*, marţi 25 aug. 2002

** *Naţional*, marţi 31 aug. 2002

*** *Evenimentul zilei*, joi 17 oct. 2002

**** *România Liberă* ,28 septembrie 2002

Scanned with OKEN Scanner

Toate acestea sunt posibile întrucât nu există încă o lege care să le interzică şi organismul care să supravegheze aplicarea ei .

Legea 148/2000 privind publicitatea completată cu legile 368/2002 şi 283/2002, prevede la articoul 13: „Se interzice publicitatea explicită pentru produsele din tutun:

a) difuzată în cadrul programelor de radiodifuziune şi televiziune ;
b) în presa scrisă, pe prima şi ultima copertă sau pagină a materialelor tipărite."

În exemplele de mai sus nu se face o reclamă explicită ţigaretelor şi legea nu este încălcată şi atunci „tot ce nu este interzis este permis ?"

În articolul 14 al aceleiaşi legi se precizează:

„Se interzice publicitatea pentru băuturile alcoolice şi pentru produsele din tutun în incinta unităţilor de învăţământ şi a unităţilor de asistenţă medicală sau la o distanţă mai mică de 200 de metri de intrarea acestora, măsurată pe drum public."

Ca un exemplu de nerespectare a legii, menţionez primul exemplu întâlnit: montarea a două panouri enorme cu reclamă la ţigarete în curtea Universităţii din Bucureşti (Şoseaua Panduri) lângă intrarea studenţilor, acolo unde te-ai aştepta să fie afişate materiale educative privind riscurile fumatului*.

În SUA publicitatea este controlată de organisme ca Advertising Standard Authority (ASA). Dar şi aici agenţiile de publicitate au forţat limitele legale, evitând pe cât posibil regulile ASA.

Noua lege nr. 349 din 6 iunie 2002 pentru prevenirea şi combaterea efectelor consumului produselor din tutun nu se ocupă de publicitate. În articlul 4 aliniatul 1 se menţionează numai că : Publicitatea pentru produsele din tutun este permisă în

---

* Panourile au fost înlocuite în luna iunie (2003), sper nu în urma sesizării mele, cu unele pentru reclama altor produse, dar a fost păstrat unul, şi împrospătat cu o reclamă pentru ţigarete la mai puţin de 100 de metri, în stradă, de aceeaşi intrare a studenţilor (intersecţia străzii Răzoare cu Şoseaua Panduri.)

Scanned with OKEN Scanner

conformitate cu legislaţia în vigoare", care, am putea adăuga, este foarte permisivă.

2.13.3 Influenţa nefastă a scenelor din filme în care se fumează

Între anii 1988-1997 o echipă de cercetători a examinat cu grijă 25 de filme de mare succes şi a constatat că 87% dintre ele prezintă scene în care se fumează.[2.67]

Cinematograful încă mai prezintă comportamentul (fumatului) ca fiind socialmente acceptat. Numai 6% din filme prezintă fumatul ca o stare negativă şi doar 3% ca o stare vizibil nocivă. Ţigareta este prezentă pe ecran ca un mijloc de deschidere a contactelor sociale; ea este legată de sentimente puternice ca bucuria, tristeţea sau reţinerea. Aprinderea unei ţigarete pe ecran ilustrează adesea o întreţinere confidenţială sau de vacanţă între parteneri.

Un institut american de cercetări a comparat filmele de succes din anii 1996 şi 1997 cu cele din anii 1999 şi 2000 şi a constatat că durata medie a scenelor filmate care reprezintă produse din tutun fumate sau consumate în alt mod a crescut de la 53 la 81 de secunde.

Fumatul este adesea prezentat la cinematograf altfel decât este văzut în viaţa curentă.

Se văd frecvent actori fumând în scene cheie. Tinerii pot avea falsa impresie că aproape toată lumea fumează. Filmele conţinând scene în care se fumează dau imagine pozitivă fumatului. Fiind exportate în toată lumea, publicitatea lor indirectă atinge astfel un public foarte larg.

Rezultatele acestor studii sunt în contradicţie cu acordul din 1998 dintre cele cinci mari firme americane de tutun şi

---

[2.67] M.A. Dalton et al.,The Incidence and Context of Tobacco Use in Popular Movies from 1988-1997, *Preventive Medicine*, 2002, 34, 516-522

Scanned with OKEN Scanner

majotitatea statelor americane. Acest acord prevede mai ales interdicţia companiilor prelucrătoare de tutun de promovare a tabagismului.

Scenele din filmele în care se fumează, destinate adulţilor, pot exercita o atracţie particulară asupra copiilor şi adolescenţilor. Tinerii în curs de creştere doresc să pară maturi şi cred că trebuie să recurgă la ţigarete. Părinţii pot contribui la împiedicarea copiilor lor de a începe fumatul dacă le interzic să vadă astfel de filme.

2.13.4 Contra-publicitatea

Este important ca populaţia să înţeleagă care este nocivitatea tutunului pentru a susţine politicile guvernamentale antifumat şi pentru a evita fumatul sau a înceta să îl mai practice. Numai educaţia sanitară nu este suficientă pentru reducerea fumatului; însoţită de legi, măriri de taxe pe tutun poate deveni eficientă.

Pentru a cuprinde un larg segment al populaţiei este necesară folosirea mass-media (în care este cuprinsă televiziunea şi radio) care fiind scumpă, s-a recurs la doua sau trei mecanisme de finanţare în diferite ţări.

Unul este „principiul echităţii" după care societăţile de tutun trebuie să plătească mesajele de informare a publicului despre nocivitatea tutunului făcută de guvern sau ONG-uri în contrapondere cu publicitatea societăţilor. Principul echităţii a avut un mare succes în Africa de Sud. Acest mecanism obligă societăţile de tutun să plătească contra-publicitatea la o valoare egală cu publicitatea lor fără să poată controla mesajele. Acest fapt este important pentru că nu există încredere în societăţi în ceea ce priveşte informarea publicului. Multe societăţi transnaţionale ascund cu regularitate informaţiile şi mint asupra nocivităţii tutunului.

Scanned with OKEN Scanner

Contra-publicitatea s-a mai folosit cu eficienţă şi în alte regiuni ale lumii, America de Nord, Australia, Europa şi Israel.[2.68]

Anunţurile oribile televizate pentru a face contraponderea publicităţi societăţilor de tutun au fost aşa de eficiente încât societăţile de tutun au întrerupt toată publicitatea televizată. Contra-publicitatea a fost încoronată de succes în Africa de Sud unde s-a realizat o educare în masă a publicului asupra pericolelor tutunului, la un cost foarte mic pentru guvern şi ONG-uri. Media şi agenţiile publicitare susţin contra-publicitatea.

Un alt mecanism constă în a aloca o parte din taxele pe tutun contra-publicităţii. Acesta are avantajul de a fi compatibil cu o interdicţie totală a promovării tutunului şi evită confuziile între mesaje şi publicitatea pentru un produs periculos. Mecanismul este aplicat cu succes în Statele Unite, Australia, Finlanda şi Thailanda permiţând adunarea de fonduri importante pentru lupta antitabac.

Pe de altă parte, programele şcolare sunt eficiente adesea numai pe termen scurt sau chiar ineficiente pentru reducerea fumatului. Deoarece tinerii nu se gândesc la viitorul lor şi au tendinţa de a se împotrivi sfatului adulţilor. Programele şcolare sunt adesea confruntate cu dificultăţi pentru a rivaliza cu un mediu social în care folosirea tutunului este încurajată de publicitate, un tabagism public şi sponsorizarea concertelor de către societăţile de tutun.

2.13.5 Publicitate negativă

Pentru reducerea fumatului se pot duce campanii intensive de educare şi de publicitate negativă în media. Atâta timp cât educaţia şcolară nu are decât o influenţă limitată asupra atitudinii şi comportamentului şcolarilor, anumite activităţi care s–au dovedit a fi eficiente trebuie să fie privilegiate.

[2.68] Banque mondiale, 1999. Curbing the epidemic: Goverments and the economics of tobacco control. www.worldbank.org

Scanned with OKEN Scanner

Este important să fie mobilizată societatea civilă în acţiuni contra tabagismului, pentru aceasta trebuind să fie informată asupra structurii industriei tutunului, activităţii ei financiare, influenţei ei potenţiale asura politicii şi luării de deciz.i privind tutunul.

O publicitate negativă, involuntară, a făcut ştirea din anul 1999, prin care se anunţa că „ Premierul român a suferit un infarct. Medicii l-au sfătuit să reducă fumatul." Asocierea fumatului cu infarctul de miocard a avut desigur un impact asupra celor care voiau să înceapă să fumeze sau a celor care vroiau să renunţe. Dar acestă ştire difuzată în toată lumea a avut şi un efect negativ de imagine. Cum a fost primită ştirea, de exemplu, în Uniunea Europeană unde există opinia că fumează mai ales persoanele cu o educaţie modestă, neinstruite.

Publicitatea negativă este foarte rară în presa noastră. Aş menţiona însă un articol[2.69] intitulat „Iarba dracului poate ucide omul" care deşi nu este extins cuprinde date utile despre compoziţia fumului de tutun, intoxicaţia tabagică, bolile cauzate de fumat şi frecvenţa lor.

Un exemplu de publicitate negativă la televiziune a fost cel din programul de Revelion 2003, de la TVR 1, când Horaţiu Mălăiele interpreta un rol cu ţigareta aprinsă, dar şi cu o sticlă de băutură, în stare de ebrietate, cu o ţinută corespunzătoare.

Tot un fel de publicitate negativă a făcut şi Magda Vasiliu de la postul Prima TV care spunea despre perioada cât a locuit în SUA: „ Nu poţi să fumezi în locuri publice. În decembrie m-am dus la operă îmbrăcată în rochie de seară, fiindcă era un eveniment cu pretenţii. Aveam haina la garderobă şi, ca să fumez, a trebuit să ies pe terasă în rochie, la 0 grade. Am stat în frig doar ca să fumez o ţigară."

[2.69] F.I. Ivana, *România Liberă* 2001, 27.09

Scanned with OKEN Scanner

Se observă, pe de o parte, că în SUA exista interdicţia fumatului în public şi mai ales că se şi aplica, iar pe de altă parte, cât de puternică este dependenţa de nicotină*.

În presa noastră nu sunt publicate informaţii privitoare la întrunirile referitoare la tabagism, la rapoartele şi hotărârile de la aceste întruniri la care participă şi delegaţii ţării noastre. Informaţiile sunt tratate ca de strictă specialitate şi apar în reviste ca Viaţa Medicală, cu tiraj mic, ca de exemplu prima adunare mondială cu tema: „Tutunul împotriva sănătăţii"[2.70].

Prima campanie mediatică antifumat importantă a fost lansată de postul TVR 2 la începutul anului 2002 şi intitulată „Gata cu fumurile". Campania a început cu un concert la Sala Polivalentă, la care au participat Class, Bosquito, Viţa de Vie, Proconsul, Direcţia 5 şi ASIA. Fetele de la ASIA au realizat imnul „Mergi pe drumul tău" folosit în emisiunile zilnice alcătuite din trei tronsoane a câte 5 minute. Au fost invitate personalităţi care, în general, au relatat cum au renunţat la fumat.

Campania avea o notă veselă, tinerească începând cu invitaţiile pentru concertul antifumat pe care se putea citi: „Fumează cel puţin un pachet de ţigări pe zi şi ai fantastica şansă de a câştiga premii la care nici nu ai visat"

Premiul I: *Cancer*
Premiul II: *Impotenţă*
Premiul III: *Ulcer*
Premiul „Femina": *Riduri*
Menţiuni: *Tuse şi miros de ...groază*

Campania „Gata cu fumurile" a acordat şi premii în bani celor care răspundeau la întrebările puse în cursul emisiunilor. Succesele campaniei se pot măsura deocamdată prin numărul mare de scrisori primite de realizatorii emisiunilor.

Campania a căutat să convingă mai ales tinerii că pot trăi fără să fumeze într-un mediu mai puţin poluat şi cu economii.

---

* *Evenimentul zilei*. Ghid TV Nr. 2, 10-16 ianuarie 2003

[2.70] C. Didilescu, Fl. Mihălţan, R. Ulmeanu, *Viaţa Medicală*, 2001,2,pag.11

Scanned with OKEN Scanner

Tinerii sunt mai receptivi la informaţii, la argumente, la schimbări de atitudine şi gândire decât maturii.

Era de aşteptat ca şi alte posturi de televiziune să ia exemplul postului TVR 2 şi să organizeze campanii antifumat originale. Dar aceasta nu s-a întâmplat. S-a remarcat o emisiune la Realitatea TV la care s-a conchis că fiecare nefumător trebuie să devină un luptător convins împotriva fumatului care ucide.

O publicitate negativă de perspectivă s-ar putea realiza pe internet deşi rata de penetrare a calculatoarelor este în România de 3,2 calculatoare la 100 de locuitori faţă de media de 10% din ţarile vecine şi de 60% din ţările dezvoltate. Ritmul de creştere este însă de 52% comparativ cu media Europei Centrale şi de Est unde este de 42%. Având în vedere că mai ales tinerii accesează internet-ul, Ministerul Educaţiei şi Cercetării împreună cu Ministerul Sănătăţii şi Familiei, în colaborare cu fundaţiile şi ONG-urile societăţii civile ar putea desfăşura o activitate eficientă în rândul tinerilor, deosebit de importantă.

Acţiuni mai importante de combatere a tabagismului au fost realizate în ţara noastră cu ocazia organizării unor zile speciale la propunerea unor organisme internaţionale ca OMS. Astfel pentru marcarea zilei mondiale fără tutun din 31 mai 2001 s-a constituit un grup de lucru format din Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate, Societatea de Pneumologie din România, Asociaţia Aer Pur, Şcoala sanitară postliceală „Carol Davila", Societatea Naţională de Cruce Roşie, Farmacia&Upjchn, GlaxoSmithKline, Colegiul Medicilor, Institutul de Pneuomologie „Marius Nasta", Centrul Ceh din Bucureşti etc. Grupul de lucru şi-a planificat:

- Al doilea curs regional post universitar cu tema,
  Consecinţele fumatului şi metode de renunţare la fumat
- Vernisajul expoziţiei „Enough smoke" cu lucrări ale artiştilor cehi inspirate din lumea fumătorilor;
- Conferinţa de presă;

Scanned with OKEN Scanner

- Prezentarea *„Declarației elevilor nefumători din România"* sub genericul *„Sănătatea mea depinde de țigara ta"* susținută cu semnături ale elevilor nefumători, și adresată autorităților locale și naționale;
- Emisiuni radio și TV. Articole în presă;
- Organizarea reuniunii Societății Naționale de Pneumologie consacrată sevrajului tabagic.

2.14 ATITUDINEA BISERICII

În Biblie nu există referiri la tutun pentru că el a fost adus pe meleagurile creștine mult mai târziu decât ultima scriere a vreunei cărți din care este alcătuită Sfânta Scriptură.

Atitudinea Bisericii Ortodoxe Române este foarte transparentă și expusă sintetic de exemplu la intrarea în biserica Cuvioasa Parascheva din cartierul Drumul Taberei din București:

Fumatul este un păcat
Fumatul în curtea bisericii este un sacrilegiu

Această poziție categorică se sprijină totuși pe Biblie, Corinteni I, 6, 19-20 unde se spune: „Nu știți că trupul vostru este Templul Duhului Sfânt , care locuiește în voi, și pe care l-ați primit de la Dumnezeu? Și că voi nu sunteți ai voștri ?

Căci ați fost cumpărați cu un preț. Proslăviți dar pe Dumnezeu în trupul și în duhul vostru, cari sunt ale lui Dumnezeu."

și Corinteni I, 3,16:

„Nu știți că voi sunteți Templul lui Dumnezeu și că Duhul lui Dumnezeu locuiește în voi ?

Trupul nostru fiind templul Duhului Sfânt nu ne putem permite să-l maltratăm, să-l îmbolnăvim fumând. Avem datoria să-l păstrăm sănătos.

Scanned with OKEN Scanner

3. ALCOOLUL

3.1. ISTORIC

Multă vreme, în cursul evoluţiei sale, specia umană nu a cunoscut efectele alcoolului. Această perioadă reprezintă aproximativ 99% din durata de existenţă a speciei. Descoperirea alcoolului a avut loc târziu şi spontan. Nu a fost necesară intervenţia omului pentru ca să se producă fermentaţia.

Prima băutură alcoolică a apărut cu mare probabilitate în epoca de piatră. Este vorba de *hidromel*, vin din miere, a cărui fabricaţie era secretă şi dificilă. A fost necesară descoperirea ceramicei (cu 40000 de ani a Ch) pentru a uşura stocarea şi producerea . La origine, folosirea alcoolului era legată exclusiv de practicile religioase. De-a lungul timpului consumul său a fost însă extins la festivităţile tribale şi familiale şi la ritualele de iniţiere.

În timp, folosirea alcoolului a înlocuit ritualele sacre cu sânge. El a fost investit cu o valoare simbolică, pe care o regăsim şi astăzi în ritualele societăţii.

Alcoolul este asociat şi cu *mitul virilităţii masculine*, a performanţelor sexuale ale bărbatului care bea.

Dintre toate popoarele Terrei numai locuitorii tundrei nu au descoperit o substanţă care să le modifice cunoştinţa. În afară de aborigenii australieni şi nord-americani toate popoarele au produs o formă sau alta de băutură alcoolică. Aceasta se putea obţine din aproape toate materialele vegetale ce conţin zaharuri, care sunt transformate de enzime.

Descoperiri arheologice au arătat că încă din neolitic se foloseau vase de lut pentru bere.

Scanned with OKEN Scanner

În papirusul lui *Eber* scris în urmă cu 15000 ani există referinţe la vin şi bere.

Producţia de băuturi alcoolice a început din motive practice în Egiptul Antic. Egiptenii au constatat că sucul de struguri (mustul) se strica repede dar sucul fermentat, vinul, se păstra bine. Apa de băut era impură şi producea îmbolnăviri; bând vin nu se mai îmbolnăveau.

Efectul narcotic al vinului era cunoscut în antichitate. Homer arată în Odiseea cum Ulise, folosind efectul narcotic al vinului, l-a îmbătat pe paznicul peşterii în care fusese închis împreună cu camarazii săi şi a reuşit să scape.

Grecii se delectau chiar şi la ocazii neînsemnate cu vin „nectarul zeilor", iar romanii au preluat „cultura" lor transformând-o în adevărate orgii.

Vinul a devenit important pentru Biserica Romano-Catolică care îl foloseşte la oficierea Sfintei Liturghii.

În perioada Renaşterii, băuturile alcoolice au început să fie obţinute pe scară largă de breasla care avea controlul producţiei lor.

În jurul anului 1300 a apărut o industrie a berii în Europa Centrală, care s-a extins spre nord în regiuni în care nu se putea cultiva viţa de vie, dar se cultivau cereale. Se mai obţinea o băutură alcoolică din miere, iar în Mongolia se obţine şi astăzi o băutură alcoolică din lapte de iapă.

Obţinerea alcoolului în secolul al XVI-lea a fost rezultatul unor obscure şi lungi încercări esenţial terapeutice. Alcoolul obţinut prin distilare în alambic a fost folosit ca anestezic în chirurgie.

Vodka joacă un rol de tranchilizant naţional în Rusia, ca vinul în Franţa în trecut şi calmantele astăzi.

La sfârşitul secolului al XVIII-lea, industrializarea care a bulversat condiţia umană a favorizat şi expansiunea consumului de alcool.

Punerea la punct a alambicurilor a dus la folosirea băuturilor alcoolice ca produse de consum. Oamenii au început să

Scanned with OKEN Scanner

încerce diferite tipuri de băuturi alcoolice, iar consumul lor a devenit o parte din cultura europeană. Fabricanţii englezi îşi plăteau adesea (sec. XVIII) angajaţii cu alcool, practică interzisă prin lege după ce s-au cunoscut efectele dăunătoare ale consumului de alcool.

Astăzi , fără îndoială, substanţa toxică cea mai des consumată de către oameni este alcoolul etilic.

Sub acoperirea igienismului s-a trecut la monopolul producţiei de stat şi al distribuţiei, pentru a mări randamentul la „bugetul ignoranţei". Necesităţile fiscale au determinat pe guvernanţi să amplifice impozitele pe alcool. În secolul al XIV-lea, un sfert din încasările fiscale depindeau de alcool. Gorbaciov a vrut să eradicheze alcoolismul şi prudent, a atacat cu prioritate vinurile georgiene şi moldoveneşti. Poporul rus a ocolit obstacolul şi a trecut la distilatoare familiale de *samogon* plecând de la amidonul din grâu şi cartofi. Accidentele au fost atât de numeroase, încât experienţa s-a oprit repede.

La începutul secolului al XX-lea, producţia de băuturi alcoolice era realizată în Europa de întreprinderi locale, uneori regionale. Acumulând repede capital şi apoi fuzionând acestea şi-au mărit capacitatea de producţie precum şi reţelele de distribuţie la scară naţională. Concentrarea s-a produs în sectorul producţiei de bere, apoi al spirtoaselor şi la sfârşit al vinului. Această concentrare de întreprinderi a permis o creştere importantă a varietăţii şi disponibilităţii de băuturi alcoolice.

Aceste întreprinderi, ca şi în cazul celor de medicamente, au cunoscut boom-ul economic de după război însoţit de o creştere a consumului de alcool. În perioada anilor 70, în timpul căreia a avut loc o stagnare a economiei, s-a produs şi o scădere semnificativă a consumului.

Un alt factor care a favorizat cererea de băuturi alcoolice, poate cel mai important, a fost deplasarea populaţiei rurale nemonetizate (întrucât cultivarea terenului îi asigura subsistenţa), către centre urbane cu economie monetară, cu salarii primite în schimbul muncii în industrie, în special în ţările în curs de

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltare. Acestea, cu noua lor elită, adoptă modurile de consum europene şi decid să înlocuiască cumpărarea de alcool printr-o politică de industrializare care a stimulat crearea de fabrici de bere locale şi consumul.

3.2. ALCOOLISMUL ESTE O BOALĂ

3.2.1 Concepte

Termenul alcoolism, în sens modern, are o dublă accepţiune. Pe de o parte, el defineşte o stare patologică specifică care loveşte un individ cu toate cauzele şi consecinţele pe care acesta le suportă. Pe de altă parte el defineşte un fenomen social de masă.

Paternitatea termenului alcoolism este atribuită unui medic suedez Magnus Hiss care publică în 1852 lucrarea „Alcoholismus chronicus", tradusă în limba germană, în care grupează ansamblul de simptome patologice induse de abuzul de alcool. Un medic american Benjamin Rush însă scrisese deja în 1784 că alcoolismul este o maladie progresivă şi că tratamentul său este abstinenţa.

OMS a renunţat la termenul prea vag de „alcoolism'' înlocuindu-l cu un „sindrom de dependenţă de alcool" ţinând cont de efectele sociale.

Mai recent este folosit şi termenul de „alcoologie", care defineşte „Ştiinţa care are ca obiect problemele legate de alcool şi efectele sale fizice, psihice şi sociale asupra omului" folosit între altele de Societatea Elveţiană de Alcoologie.[3.1]

Astăzi alcoolismul este definit ca o toxicomanie la alcool. Se vorbeşte adesea de alcoolo-dependenţă, mai curând decât de o boală alcoolică.

[3.1] http://www.cav.admin.ch/f/n_fivaz.htm

Scanned with OKEN Scanner

Dacă alcoolismul este considerat o boală, atunci este singura boală[3.2]

- care se vinde în flacoane de sticlă sau material plastic;
- care se răspândeşte prin publicitate în ziare, la radio şi TV;
- care se contractează prin voinţa omului;
- care posedă puncte de distribuţie prin licenţă;
- care produce venituri statului;
- care este un drog pentru cei slabi;
- care produce moarte violentă pe şosele;
- care distruge viaţa de familie;
- pentru care nici un germen sau virus nu este responsabil;
- care este cauza unor mari vicii.

Alcoolismul nu este o tară, nici o slăbiciune de caracter, nici un viciu moral, nici un destin. El este o maladie: un comportament patologic care prezintă semne fizice, psihice, biochimice, ce permit diagnosticul şi care antrenează complicaţii grave şi uneori mortale. Alcoolismul relevă cauze biologice, genetice, psihologice, şi de mediu social şi cultural. El poate fi tratat preventiv şi curativ, adesea eficace. Intervenţia medicală este un argument pentru faptul că alcoolismul este o boală.

Alcoolismul este o maladie ale cărei cauze nu se cunosc. Ea este universală, existând în toată lumea, la toate rasele, indiferent de climat. Cercetările numeroase efectuate nu au putut explica *pentru ce unele persoane pot fi victime ale alcoolului iar altele nu.*

Motivele psihologice, singurătate sau neînţelegere, griji, supărari sau sărbătoriri, şomaj sau dificultăţi la serviciu, nu sunt niciodată motivele reale şi adesea sunt consecinţele consumului abuziv de alcool. Vechi băutori numesc acestea „alibiuri".

Nu se cunoaşte originea afecţiunii dar nu se ştie nici pentru ce *dependenţa este întotdeauna definitivă.* Încă nu există

[3.2] http://islam-fraternet.com/alcool.htm

Scanned with OKEN Scanner

un tratament care să o stăpânească. Se pot repara unele pagube cauzate de abuzul de alcool, se poate preveni recăderea, dar alcoolo-dependenţa nu este curabilă. Nu există alternativă la abstinenţa totală şi definitivă. A stabili sau a restabili un consum natural de băuturi alcoolice este un lucru imposibil.[3.3] De aceea în anii '60 experţii OMS au declarat că „medicina este neputincioasă în faţa flagelului alcoolismului " şi că „alcoolismul nu este numai o problemă medicală, ci şi statală".

Înţelegerea etiologiei alcoolomaniei rămâne o problemă de viitor.

După profesorul Amnon Jacob Suissa (Départment de travail social de l'Université du Québec à Hall) alcoolismul nu este o maladie. Amintind discursul dominant asupra alcoolismului ţinut de comunitatea medicală nord-americană şi preluat de Alcoolicii Anonimi care susţin că persoana dependentă este o persoană bolnavă, profesorul Suissa spune că a pretinde că alcoolismul este o boală în faţa căreia persoana este în pierdere de control înseamnă a afirma dinainte eşecul unui individ de a se putea îndrepta şi a considera că singura prescripţie posibilă este abstinenţa totală. Conceptul de boală presupune că persoana suferindă este deposedată de voinţă, că este o fiinţă privată de puterea asupra propriei vieţi, deci ea suferă. Autorul afirmă că medicalizarea alcoolismului contribuie la deresponsabilizarea şi deculpabilizarea individului şi reţelei socio-familiale neoferindu-i mijloace reale de a se salva. El este pentru punerea în valoare a competenţelor fiinţelor umane şi a capacităţii lor de a trece la schimbări în stilul lor de viaţă, precum şi în mediul lor social, familal şi profesional. Să fie folosite mai mult forţele individului decât slăbiciunile lui.

O analiză a fenomenului psihopatologic şi fiziopatologic al dependenţei de alcool este realizată de către specialişti într-o lucrare relativ recentă.[3.4]

[3.3] http:perso.wanadoo.fr./martine.morenon/alcoolime.htm.

[3.4] Constantinescu D., Manea M. şi Ene F. *Incursiuni în problematica alcoolismului*, Editura Tehnică, Bucureşti, 2001

Scanned with OKEN Scanner

3.2.2. Lipsa saţietăţii la consumul de alcool

Alcoolul nu este un produs indispensabil. Indispensabile sunt alimentele solide ca: legumele, fructele, brânza, carnea, etc. sau lichide ca: apa, laptele, sucurile de fructe. Ele sunt ingerate în urma senzaţiei de foame şi respectiv de sete. Oprirea ingerării lor se face în urma apariţiei de saţietate. Aceasta apare la toate alimentele cu excepţia ciocolatei. Pentru aproape toată lumea ciocolata nu provoacă apariţia semnalelor de saţietate ci dimpotrivă pe măsură ce este mâncată creşte pofta.

Alcoolul antrenează acelaşi comportament cu ciocolata pentru 8-11% din populaţie, care cuprinde alcoolo-dependenţii; el împiedică apariţia semnalului de saţietate. Această reacţie, care din fericire, nu există la toată lumea, constituie pericolul bolii pentru că ea merge împotriva legilor biologice. Ea obligă la ingerarea de doze toxice pentru că o reglare naturală nu o limitează.

Când alcoolo-dependenţii nu au alcool în organism, simt o poftă şi o nevoie stringentă de băutură.

Când alcoolo-dependenţii au alcool în organism, consumul de alcool în continuare nu le opreşte pofta de băutură. Este o reacţie psihologică de căutare a băuturii şi nimeni nu poate opri consumul unui produs care măreşte el însuşi apetitul de a-l consuma.

Unii pacienţi la dezalcoolizare spun:„ Când încep să beau nu mă mai pot opri."

Când am mâncat bine nu este necesar un efort de voinţă pentru a ne opri. La fel fac şi persoanele cumpătate în faţa băuturilor alcoolice. Este unul din motivele pentru care sunt numite cumpătate.

Dacă luăm masa la un restaurant se poate ca la sfârşit să rămână o parte din băutură şi din pâine neconsumate. Imediat după plecare se găseşte cineva, lipsit de cumpătare care vine şi ia băutura, niciodată pâinea. Acesta nu are voinţă, sens moral şi putere de caracter.

Scanned with OKEN Scanner

O atitudine tipică a alcoolicilor este ascunderea rezervelor de băuturi alcoolice, aşa cum fac animalele, de exemplu: veveriţele, pisicile şi câinii cu hrana.

Alcoolicul este bine intenţionat şi motivat să renunţe la alcool, dar pentru că dependenţa depăşeşte voinţa sa, pe a moralei datoriei şi iubirii, nu reuşeşte.

Alcoolicii îşi pierd pofta de mâncare ajungând să obţină caloriile necesare organismului de la alcool fapt ce duce la un deficit de vitamine, minerale şi alţi nutrienţi.

3.2.3. Consumul patologic de alcool

Nu poţi deveni alcoolic de azi pe mâine.Numai după mulţi ani de consum excesiv ajungi să nu mai poţi să trăieşti fără alcool.

Este dificilă fixarea unei doze-prag sau a unei doze limită de la care plecând, băutorul este considerat *băutor excesiv, alcoolic, sau alcoolo-dependent.* Alcoolo-dependenţa sau alcoolismul începe când cantitatea de alcool ingerată este superioară celei pe care organismul o poate suporta sau metaboliza. Un consum de peste patru pahare de alcool (vin, bere sau băutură tare) de trei ori pe săptămână este patologică. Această doză-prag este discutabilă pentru că nu ţine seama de factorii individuali de toleranţă şi de sensibilitate la efectele nocive ale etanolului. Efectele aceleiaşi ingestii de alcool asupra organismului sunt variabile de la un subiect la altul : alcoolemia şi riscul de dependenţă variază cu masa corpului, obiceiurile alimentare şi caracterul repetat sau izolat al alcoolizării. Ingestiile de alcool în mare cantitate, întotdeauna nocive, sunt în special toxice la femeile gravide, la copii şi adolescenţi ca şi la vârstnici.

3.2.4. Alcoolismul este ereditar ?

Alcoolismul este frecvent în anumite familii. Există într-adevăr un factor genetic, dar alcoolismul nu este o tară, un destin. Părinţii atinşi de acestă boală, nu o vor transmite

Scanned with OKEN Scanner

obligatoriu copiilor lor . Nu este o fatalitate. Este vorba mai curând de factori predispozanţi, de fragilitate genetică, aşa cum există pentru multe alte patologii (hipertensiune arterială, insuficienţă coronariană, diabet, etc.) care pot incita subiectul informat la prudenţă şi deci la prevenţie.

Riscul de a deveni alcoolic este de trei ori mai mare la copiii adoptaţi din părinţi biologic alcoolici, crescuţi de părinţi adoptivi nealcoolici.

3.3. ALCOOLII. STRUCTURĂ MOLECULARĂ ŞI PROPRIETĂŢI.

3.3.1 Structură moleculară

Alcoolii sunt compuşi organici care conţin una sau mai multe grupe hidroxil (OH) legate de atomi de carbon (hibridizaţi sp^3).

După numărul de grupe hidroxil din moleculă alcoolii pot fi monohidroxilici, dihidroxilici (dioli sau glicoli) şi polihidroxilici (polioli).

Din cele patru variante de denumire a alcoolilor, cele mai folosite pentru alcoolii inferiori sunt următoarele două: a) se ataşează sufixul ol la numele hidrocarburii saturate cu cea mai lungă catenă care conţine grupa HO- , şi b) se adaugă la cuvântul alcool numele radicalului hidrocarbonat la care se adaugă sufixul ic.

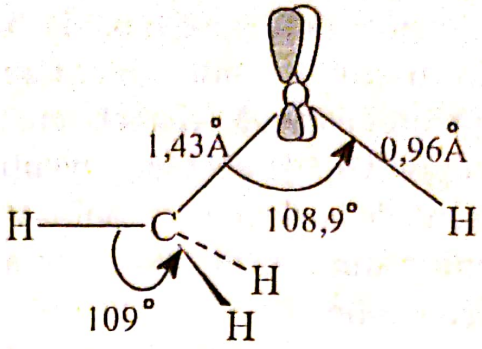
De exemplu:

CH_3OH	CH_3-CH_2-OH	$CH_3-CH_2-\underset{\displaystyle OH}{\underset{\vert}{CH}}-CH_3$
metanol alcool metilic	etanol alcool etilic	2-butanol alcool butilic secundar

Scanned with OKEN Scanner

Structura moleculară a alcoolilor este foarte apropiată de a apei.

Apă



Metanol

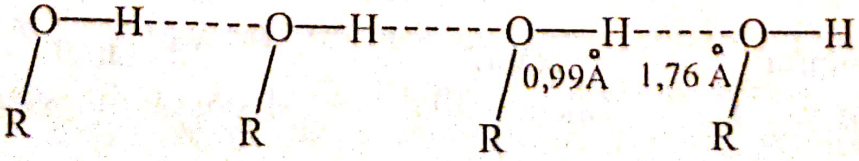
Distanţa O-H este aceeaşi. Oxigenul adoptă o configuraţie aproape tetraedrică (el fiind hibridizat aproximativ sp^3 cu două perechi de electroni liberi). Diferenţele minime, datorate efectului steric se produc la înlocuirea unui atom de hidrogen cu o grupă alchil, de exemplu etil, când rezultă alcoolul etilic,

$$CH_3-CH_2-O-H$$

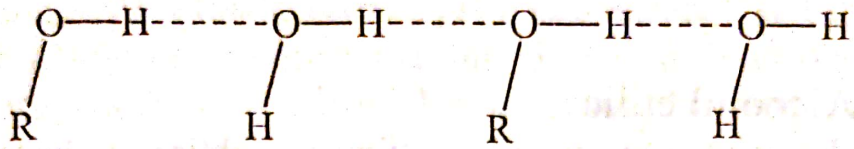
Electronegativitatea oxigenului provoacă o distribuţie nesimetrică a sarcinilor în molecula alcoolilor. Acest efect se traduce printr-o polarizare a legăturii O-H, prin apariţia unui dipol molecular.

Alcoolii sunt mai puţin volatili, au solubilităţi mai mari în apă decât hidrocarburile cu mase moleculare apropiate. Anomaliile proprietăţilor fizice ale alcoolilor sunt asemănătoare cu ale apei, care are temperatura de fierbere foarte ridicată în comparaţie cu compuşii cu hidrogen ai elementelor vecine oxigenului din sistemul periodic (NH_3, H_2S, HCl).

Se consideră că între moleculele de alcool se formează legături slabe (de 5-10 kcal/legătură) numite legături de hidrogen care nu modifică proprietăţile fizice.



Solubilitatea mare în apă a alcoolilor inferiori se datorează legăturilor de hidrogen cu moleculele de apă care sunt şi ele asociate.



3.3.2. Metanolul[3.5]

Metanolul sau alcoolul metilic (CH_3OH) este primul din seria omologă a alcoolilor alifatici. Se obţine prin sinteză catalitică din oxid de carbon şi hidrogen (gaz de sinteză) :

$$CO + H_2 \rightleftharpoons CH_3$$

Este un compus lichid, incolor, cu P.f. 64,7°C, miscibil cu apa.

Ingerat, resorbit în stomac şi intestine, metanolul este mult mai periculos decât alcoolul etilic pentru că el se elimină mai lent, (timp de câteva zile), acumulându-se progresiv, iar produsele de oxidare metabolică acţionează asupra organismului timp îndelungat. Tulburările nervoase în intoxicaţiile cu metanol constau din agitaţie, confuzie mintală sau fenomene depresive însoţite de convulsii, tulburări oculare, cianoza buzelor, dilatarea pupilelor, respiraţie greoaie.

Metanolul este otrăvitor provocând orbirea şi chiar moartea la un consum de 30 ml. Se consideră că toxicitatea este datorată oxidării sale la aldehidă formică, CH_2O, care intervine în procesul chimiei vederii (în locul retinalului în reacţie cu opsina). De asemenea oxidarea puternică până la acid formic, HCOOH, provoacă acidoza, o scădere anormală a pH-ului

[3.5] OMS recomandă denumirea de metanol şi nu de alcool metilic pentru a nu se face confuzia de către profani între alcoolul etilic şi alcoolul metilic

Scanned with OKEN Scanner

sanguin, care duce la perturbarea transportului de oxigen de către sânge şi în final la comă. Se utilizează ca solvent şi în sinteze organice (mai ales la obţinerea de esteri). Cea mai mare cantitate este folosită la fabricarea aldehidei formice.

3.3.3.Alcoolul etilic

Etanolul sau alcoolul etilic se obţine industrial sau artizanal prin fermentaţia zaharurilor, proces cunoscut încă din antichitate.

Fermentaţia are loc la adăugarea de drojdie de bere la un amestec de zaharuri (amidon, dextrine) şi apă. Drojdia de bere conţine enzime care promovează o serie lungă de reacţii care duc în final la un monozaharid ($C_6H_{12}O_6$) ce se transformă în etanol şi dioxid de carbon la un raport molar de 1:1.

$$C_6H_{12}O_6 \xrightarrow{\text{drojdie de bere}} 2\ CH_3CH_2OH + 2\ CO_2$$

Se constată că 50%, molar, din materiile prime, care sunt hrană pentru oameni şi animale se pierd sub formă de dioxid de carbon care este aruncat în atmosferă sau captat pentru băuturi.

Fermentaţia nu mai are loc dacă concentraţia în etanol atinge 12-15% deoarece drojdia de bere este dezactivată de concentraţii mari de etanol. Pentru a obţine un conţinut ridicat de alcool, soluţiile diluate sunt distilate. Aromele diferitelor băuturi distilate sunt datorate altor compuşi organici, care distilă cu alcoolul şi apa.

Prin distilare se obţine un amestec (azeotrop de 95% etanol şi 5% apă care fierbe la 78,15° C).

Se poate obţine etanol şi din etenă prin hidratare (directă sau indirectă) sau din acetilenă prin intermediul acetaldehidei.

Alcoolul etilic este un lichid incolor cu P.f. 78,93 °C, cu gust arzător. Este miscibil cu apa în orice proporţie. Dizolvă iodul, fosforul, hidroxizii alcalini, compuşi organici, chiar macromoleculari dar precipită albumina, gelatina şi alte proteine.

Scanned with OKEN Scanner

Este întâlnit în băuturile alcoolice care sunt soluţii de etanol în apă aromatizată, eventual îndulcită.

Farmacologic este un sedativ general care induce o depresie neselectivă la nivelul sistemului nervos central (SNC). Aproximativ 95% din alcoolul ingerat este metabolizat în ficat, în final, în dioxid de carbon şi apă. Intermediar alcoolul este oxidat cu ajutorul unei enzime, alcool dehidrogenaza, la acetaldehidă,

$$CH_3CH_2OH \xrightleftharpoons{\text{alcool dehidrogenază}} CH_3CHO$$

Bogat în calorii, el nu are valoare nutritivă. Un adult metabolizează 10 ml/oră. Este toxic. Concentraţia letală sanguină este de 0,4%. Dilată vasele provocând un bufeu de căldură, în realitate scăzând temperatura corporală.

În cantităţi mici este stupefiant. Provoacă euforie progresivă, dezinhibare, micşorare a sensului judecăţii, urmată de anestezie generală, comă şi moarte.

Alcoolul etilic se foloseşte la prepararea băuturilor alcoolice, ca dizolvant pentru lacuri şi coloranţi, la fabricarea explozivilor, la prepararea unor medicamente, la fabricarea eterului etilic, la conservarea preparatelor anatomice, ca dezinfectant, în parfumerie, la fabricarea termometrelor, combustibil etc.

Pentru scopuri industriale se prepară un *alcool denaturat*, care este scutit de taxele mari aplicate alcoolului destinat băuturilor alcoolice. Denaturarea se produce prin adăugarea de metanol, benzen, piridină, ulei de ricin şi benzină.

Toxicitatea alcoolilor scade cu creşterea numărului de atomi de carbon în seria omologă. De asemenea ea scade cu creşterea de grupe hidroxil pe moleculă şi apare gustul dulce.

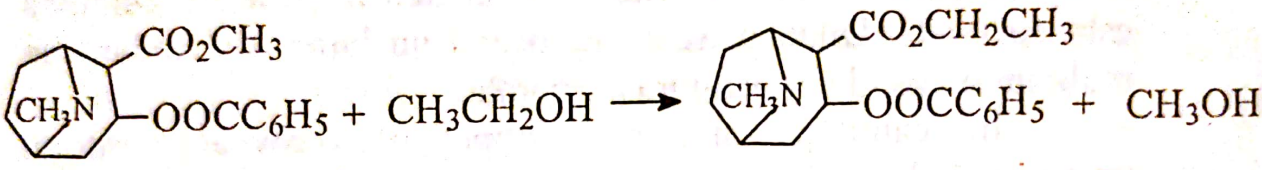
Etilenglicolul (etandiolul) este toxic, glicerina (propantriolul) nu este toxică şi are gust dulce iar hexitolii se folosesc ca edulcoranţi.

Scanned with OKEN Scanner

3.3.4. Alcoolul şi cocaina

Mulţi dintre cocainomani (62-90%) iau o dată cu cocaina şi alcool. După ei, folosirea concomitentă a cocainei şi a alcoolului permite o creştere şi o prelungire a stării de euforie asociată prizei de cocaină precum şi o remediere a efectelor sale secundare, ca agitaţia şi paranoia. Cele două droguri au un efect sinergic (care este mai puternic decât al fiecăruia în parte). Al doilea drog, legal, este mai ieftin şi mai uşor de procurat decât primul.[3.6]

În ficat, cocaina este transesterificată cu formarea de ester etilic (cocaetilenă, CE) al benzoilecgoninei:



Cocaetilena are proprietăţi neurochimice, comportamentale şi fiziologice comune cu cocaina.

În prezenţa etanolului hidroliza obişnuită a cocainei la benzoilecgonină de către carboxiesterazele hepatice este inhibată, nivelele înalte plasmatice sunt menţinute şi se produce cocaetilena. Alcoolul încetineşte degradarea metabolică a cocainei şi favorizează vasodilatarea vaselor sanguine ale mucoasei nazale şi absorbţia cocainei aspirate.

Cocaetilena este mai toxică[3.7] decât cocaina asupra inimii, ficatului şi creierului. Ea provoacă o euforie prelungită şi riscuri mai mari de moarte subită faţă de cocaina singură, fiind o ameninţare gravă pentru viaţă.

[3.6] P. Jaltov et. al, Alcohol plus cocaine: the whole is more than the sum of its parts. *Therapeutic Drug Monitoring*, 1996, 18, 460-464

[3.7] P. Andrews, Cocaethylene toxicity, *Journal of Addictive Diseases*, 1997, 16, (3), 75-84

Scanned with OKEN Scanner

3.4.BĂUTURI ALCOOLICE

Băuturile alcoolice definite ca soluţii apoase de alcool etilic care conţin şi arome, se obţin mai ales prin fermentaţie, proces biochimic complex comportând mai multe etape în care hidraţii de crabon se transformă în etanol. El se produce sub influenţa unor enzime ale anumitor microorganisme foarte răspândite în natură, în special drojdii. Aceasta explică fermentaţia spontană a anumitor produse.

Hidraţii de carbon de diferite tipuri, ca: glucoza, fructoza, zaharoza, amidonul, celuloza, sunt prezenţi în numeroase produse vegetale, cum sunt sucurile de fructe, tuberculii, cerealele etc.

Fermentaţia alcoolică necesită o temperatură optimă în jur de 30° C. Rezultă dioxid de carbon şi un lichid cu un conţinut de 3-20% alcool. În acest mod se obţine vinul, cu 9-14% alcool, din mustul de struguri.

Berea provine din fermentaţia grăunţelor de orz supuse în prealabil unui proces de germinare artificială, care transformă amidonul în glucoză fermentabilă. Ea conţine 2-8% alcool şi adaos de hamei pentru aromă şi gust dar şi pentru controlul fermentaţiei. 1 litru conţine ≈ 40 g alcool pur, 40 g de glucide şi 4 g de proteine.

Cidrul este un produs de fermentaţie al mustului proaspăt de mere. Are o concentraţie de 5% alcool. Se obţine şi un cidru dulce cu 2-3% alcool. Similar se obţine şi o băutură din pere.

Hidromelul rezultă prin fermentaţia mierii de albine în soluţie apoasă.

Băuturile distilate, cu o concentraţie mai mare de alcool, decât a celor provenite prin fermentare se obţin prin vaporizarea alcoolului urmată de condensarea lui prin răcire. Alcoolul concentrat, de 40-60% a fost multă vreme remediul miraculos, rar şi scump.

Scanned with OKEN Scanner

Rachiul şi coniacul se obţin prin distilarea vinului.*

Ţuica (pălinca) rezultă prin distilarea produselor de fermentare a prunelor.

Vodca este obţinută prin distilarea alcoolului provenit prin fermentarea cerealelor.

Whisky-ul se obţine prin distilarea berii.

Ginul este obţinut prin distilarea mustului fermentat de cereale, la care s-au adăugat boabe de ienupăr.

Romul se obţine prin distilarea sucului sau melasei fermentate de trestie de zahăr sau din alcool rafinat şi adaosuri de arome sintetice.

Prin distilare mineralele şi vitaminele din sucuri se pierd.

Se mai comercializează:

Aperitive pe bază de vin (Cinzano, Porto, etc.) cu un conţinut de 15-23% alcool.

Cocktail-uri, care sunt amestecuri de băuturi distilate la care concentraţia mare de alcool este gustativ camuflată prin diverse ingrediente.

Alte componente ale băuturilor alcoolice

Pe lângă etanol, băuturile alcoolice conţin şi alţi compuşi elaboraţi în timpul fermentaţiei sau al preparării. În vin s-au identificat peste 200 de compuşi. Principalii produşi toxici sunt aldehide, ca acetaldehida cu o toxicitate considerabilă, esteri, alcooli, alţii decât etanolul, de exemplu metanolul, foarte toxic pentru nervul optic, cianuri în băuturile rezultate din fructe cu sâmburi cum sunt cireşele.

---

* D.R. Mihăilescu spunea încă la 1896[3-12]:
„Droga care poartă numele de coniac este mai totdeauna un alcool din grâne al cărui gust este mascat prin eteruri acetice". Se observă că era folosit termenul de drog (la feminin).

Scanned with OKEN Scanner

Conținutul în alcool.

Conținutul în alcool dintr-o băutură alcoolică se poate exprima în grade (G) corespunzând la un volum de alcool (va) din volumul v de băutură.

$$G = va \times 100$$

Știind că densitatea alcoolului este 0,8, cantitatea în grame de alcool pur conținut într-un litru de vin de exemplu de 13° va fi:

$$\frac{G \times v \times 0{,}8}{100} = \frac{13 \times 1000 \times 0.8}{100} = 104$$

Un vin de 12° conține 12 ml alcool la 100 ml băutură alcoolică.

Tabel 3.1

Tăria principalelor băuturi alcoolice

Vin	10 – 16°
Lichior	18 -20°
Băuturi tari	40° și mai mult
Bere „menaj” Bere lux Bere forte Bere fără alcool	3° 5-6° 9° < 1,2°

Tabel 3.2

Aportul energetic al vinului și berii

Băutură	Etanol, g‰	Glucide g‰	Energie kcal
Vin roșu 10°	80	0	560
12°	96	0	672
Vin alb 12°	96	7(hidrați de carbon reziduali)	700
Bere fără alcool	<10	56	294
Bere 5°	40	40	560

Scanned with OKEN Scanner

3.5. Alcoolul aliment ?

Alcoolul este unul din puţinii compuşi toxici pentru organism capabil prin metabolizare să furnizeze energie (Tab.3.2).

Un gram de alcool dă 7,1 kcal care nu sunt utilizabile în totalitate, *in vivo*. Calea principală este oxidarea hepatică a etanolului la aldehidă acetică cu ajutorul alcooldehidrogenazei. Ea are drept cofactor NAD^+ (nicotinamidadenin dinucleotid) şi eliberează energie care poate fi stocată sub formă de ATP (adenozin-trifosfat). Ingerat în cantităţi mari alcoolul intră în calea sistemului microsomal de oxidare, care permite oxidarea sa, dar energia astfel produsă nu poate fi stocată şi se pierde sub formă de căldură. Oxidarea pe calea catalazei este o soluţie accesorie.

Băuturile alcoolice reprezintă 9% la bărbaţi şi 3% la femei din raţia medie de energie. Acest procentaj este mai mare în week-end la băutorii excesivi, când poate atinge 50%. Consumul exesiv de alcool este o cauză clasică a denutriţiei. Alcoolul se substituie unei părţi din alimente provocând tulburări de absorbţie.

Consumul exagerat de alcool provoacă mai întâi o hiperglicemie moderată şi tranzitorie apoi o hipoglicemie prin inhibarea neoglucogenezei prin exces de producere a NADH şi creşterea raportului $NADH/NAD^+$ consecutiv cu oxidarea alcoolului.

Alcoolizarea măreşte riposta insulinică la glucoză şi hipoglicemiantele orale. Alcoolicii slăbiţi de un post, de frig sau hipoglicemianţi sunt expuşi riscului hipoglicemiei.

Alcoolul induce o inhibiţie a oxidării lipidelor datorită unui efect antilipolitic al acetatului şi a unei competiţii între alcool şi acizi graşi. Capacitatea de oxidare a acizilor graşi liberi în mitocondrii se reduce chiar dacă betaoxidarea producătoare de acetat continuă. Producerea de acetat în exces măreşte lipogeneza hepatică. O *cetogeneză alcoolică* prin acumulare de acetat,

Scanned with OKEN Scanner

consecventă producerii NADH poate surveni în cazul alcoolismului cronic asociat cu un insuficient aport de nutrimente energetice la subiecţii fragili, ca femeile gravide şi copii.

Alcoolismul stă la originea unor carenţe de vitamine ca: A, B_1, PP, B_6 sau folaţi. Carenţa de vitamină B_1 este consecinţa unei carenţe de aport, a unei reduceri a absorbţiei şi a modificării metabolismului vitaminei B_1 cu deficit de fosforilare hepatică. Ea contribuie la psihopatologia complicaţiilor neuropsihiatrice.

Deficitul de folat este frecvent şi explică macrocitoza. El este datorit unei carenţe de aport, cu excepţia berii, unei slabe absorbţii şi unei perturbări a metabolismului folaţilor. Aceleaşi cauze se află la originea unei carenţe a vitaminei B_6.

Alcoolul perturbă metabolismul vitaminei A care are un rol esenţial în chimia vederii. Adaptarea la obscuritate este perturbată , la unul din doi cirotici. Carenţa ei duce la tulburări ale pielii şi acţionează asupra spermatogenezei.

Consumul excesiv de alcool modifică raportul oligoelementelor favorizând creşterea cantităţii de fier şi scăderea celei de zinc şi seleniu. Creşterea cantităţii de fier se datorează unui aport excesiv ca în cazul consumului de vin care duce la o acumulare într-un ficat cirotic şi/sau unei proaste utilizări a fierului de către măduva osoasă.

Cele menţionate până aici arată că alcoolul nu este un aliment, că el produce tulburări alimentare. Atunci ce caută flacoanele cu băuturi alcoolice în magazinele cu produse alimentare pe rafturi lângă alimente ?

Într-un magazin, Economat, deschis de Primăria sectorului 5 din Bucureşti, în sectorul alimentar există expuse numeroase băuturi alcoolice nedistilate şi distilate, şi doar 4 feluri de lapte şi câteva tipuri de brânză. Ca să bei o băutură naturală trebuie să fii beţiv pentru că băuturi naturale fără alcool nu se găsesc.* Nu există alături de vinuri şi sucuri de struguri

---

* Exista un singur soi de bere fără alcool (care conţine cantităţi mici de alcool)

Scanned with OKEN Scanner

nefermentate, aşa cum există în Franţa. Este mai comod pentru producători să fermenteze mustul şi să-l conserve ca vin, decât să-l conserve şi să-l vândă ca atare.

În multe ţări băuturile alcoolice nu se vând în magazinele alimentare, ci sub licenţă în debite speciale.

3.6. PREVALENŢĂ

Acum trăim într-o societate în care băutura este obişnuinţă. Abstinentul apare ca o abatere de la regulă.

Oferim alcool la petreceri şi cu alcool manifestăm ospitalitatea noastră. Beţivii sunt însă dezaprobaţi iar abstinenţii nedoriţi.

În faţa unui pahar căutăm compania unor prieteni vechi şi ne facem prieteni noi, proclamăm loialitatea noastră, discutăm afaceri, tratăm şi semnăm acorduri.

Berea, vinul, şampania etc., în doze mici sunt un fel de „ulei de uns" social pentru că alcoolul în cantităţi mici stimulează buna dispoziţie, face să dispară teama şi reţinerile, potoleşte agresivitatea dar reduce şi puterea individuală de discernământ.

Guvernanţii şi oamenii de afaceri cedează puţin alcoolului; acest mod de a bea public moderat şi puţin inocent pare să ducă la raporturi bune.

În marea majoritate a culturilor, băutura este privită în sensul de eliberare pe care îl dă individului. Alcoolul are un loc de onoare fiind obişnuit în evenimentele solemne ca: naştere, căsătorie, moarte şi ritualuri religioase, la celebrări naţionale, ale victoriilor sportive şi în alte cazuri mai puţin importante din viaţa omului, luate ca pretexte pentru a bea.

Individul are un dublu impuls pentru a bea: 1) se conformă modelului social care este uşor şi generos, făcut cunoscut şi cu ajutorul televiziunii şi 2) efectul plăcut al ingerării alcoolului în primele faze.

Scanned with OKEN Scanner

Câţi indivizi şi cât timp se pot mărgini la o doză „nevinovată" de alcool înainte de a dobândi dependenţa şi obişnuinţa, mai ales că foarte mulţi încep să bea foarte de timpuriu ?

3.6.1. Consumul de alcool în Europa

Se apreciază că alcoolismul a făcut mai multe victime decât ciuma şi războiul împreună, el reprezentând încă una din cele mai mari suferinţe ale omenirii.

Mulţi dintre contemporanii noştri mai consideră alcoolismul un viciu deşi încă de la 1850, un suedez în teza sa de doctorat îl defineşte ca o boală şi el este o boală.

Consumul de alcool este influenţat de o seamă de factori cum sunt:

Cultură
Tradiţia familială
Starea socio-economică
Vârstă
Sex
Stare civilă
Atitudinea şi comportamentul părinţilor
Factori genetici
Educaţie
Publicitate
Influenţa prietenilor şi partenerilor
Disponibilitatea alcoolului
Preţul alcoolului
Profesie
Sănătate
Personalitate

Cel mai ridicat consum de alcool a fost înregistrat în secolul al XIX-lea. El a scăzut treptat în secolul al XX-lea. De exemplu, în Franţa, de la 22 litri pe persoană şi an, alcool pur, în deceniul 1895-1905 la jumătate la sfârşitul secolului al XX-lea.

Scanned with OKEN Scanner

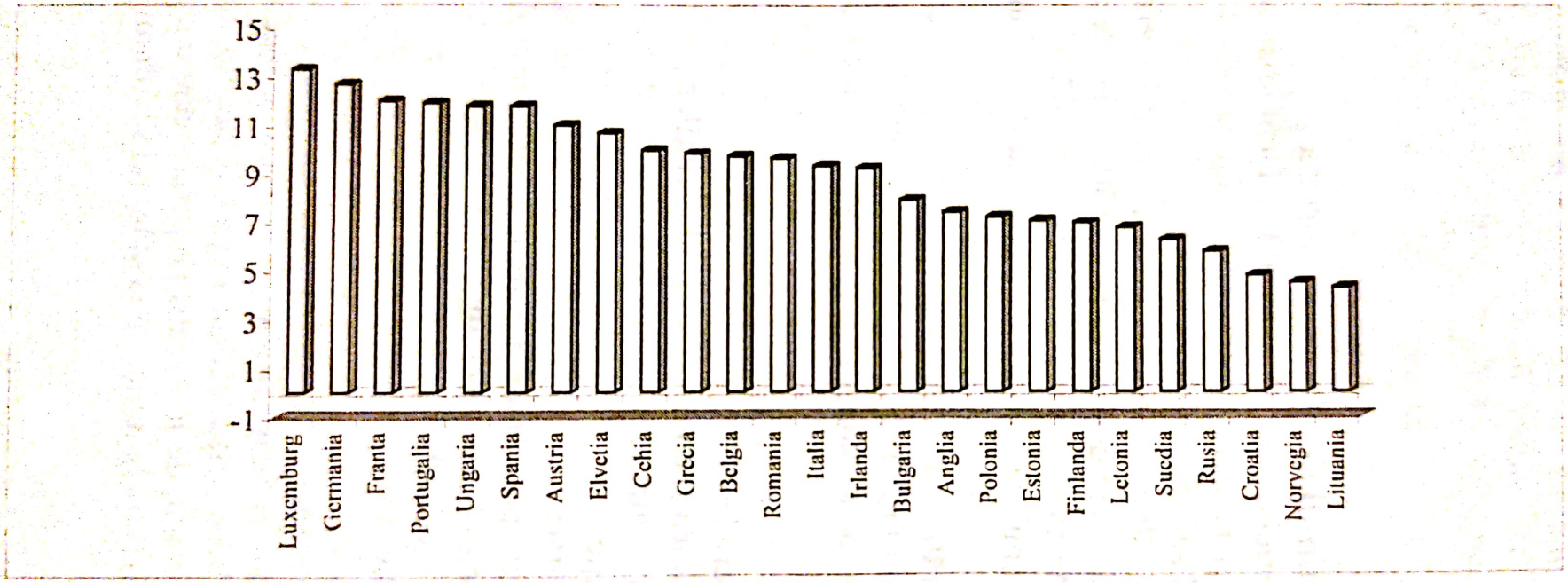


*Fig.3.1 Consumul de alcool pur pe locuitor (în litri)pe an în ţări din regiunea europeană**

---

* După A.M. Harkin et al. Alcohol in Europe-a health perspective. Copenhagen. 1995 (document EUR/ICP/ALDT 9403/CN 01)

Scanned with OKEN Scanner

Multe ţări dispun de date precise asupra consumului naţional de alcool, graţie impozitelor şi taxelor pe care le aplică băuturilor alcoolice. Ele dispun şi de date privind producţia şi comerţul. Cantitatea consumată într-o ţară corespunde volumului producţiei la care se adaugă volumul importurilor şi se scade volumul exporturilor.

Cifrele relative la consumul mediu pe locuitor sunt calculate plecând de la statisticile de vânzare sau de punere în circulaţie a produselor alcoolice în ţările membre ale Regiunii europene. Ele nu ţin seama nici de cumpărările fără taxă, nici de băuturile importate pentru consumul personal, nici de băuturile nedeclarate cum este cidrul în Franţa sau parţial ţuica şi vinul la noi.

Unele ţări dispun de statistici vamale şi fiscale de mulţi ani. Aceste cifre sunt uşor accesibile şi furnizează date privind consumul de bere, vin şi băuturi distilate.

Datele obţinute regulat privind producţia şi taxarea alcoolului nu reflectă ansamblul consumului, întrucât nu se referă la consumul nedeclarat provenit din producţii ilicite sau familiale. De aceea unele ţări realizează anchete periodice privind consumul de alcool. În Finlanda, de exemplu, anchetele pe 2000 la 3600 de persoane se realizează cu regularitate la 8 ani începând din anul 1968. Aceste anchete arată repartiţia consumului de alcool în sânul populaţiei, evoluţia obiceiurilor de consum, factorii care incită la consum sau la abstinenţă, atitudinea oamenilor faţă de alcool şi diversele consecinţe.

Este necesară realizarea regulată de anchete asupra consumului de alcool pentru a urmări şi evalua progresele obţinute prin programe ca de exemplu reducerea proporţiei de mari băutori, consumul anumitor grupe (tineri, femei şi bărbaţi de vârstă medie)[3.8] sau tipuri de consum cu risc (de intoxicare, de exemplu).

[3 8] R. Knibbe, *Quantitative surveys on alcohol use*, Copenhague, Bureau regional de l'OMS pour l'Europe, 1992

Scanned with OKEN Scanner

Anumite anchete punctuale au fost realizate la scară internaţională, mai ales în Europa occidentală[3.9]. Aceste anchete au permis cunoaşterea diferenţelor existente între ţări în privinţa consumului de alcool (Tab. 3.3).

Tabelul 3.3

Procentul abstinenţilor şi celor care beau zilnic, printre locuitorii Europei occidentale, în vârstă de peste 18 ani, 1990[3.10]

Ţara	Abstinenţi %	Persoane care beau zilnic %
Italia	19	43
Portugalia	31	33
Franţa	14	27
Elveţia	12	18
Spania	36	17
Luxemburg	26	17
Olanda	16	17
Germania	9	16
Belgia	23	14
Danemarca	4	14
Austria	6	12
Anglia	14	11
Grecia	25	10
Irlanda	25	3
Finlanda	18	3
Suedia	14	1
Norvegia	15	1

[3.9] C. Hupkens et al. *Alcool consumption in the European Community*: uniformity and diversity in drinking patterns. Addiction 1993, 88, *10*, 1391-1404

[3.10] *Reader's Digest Eurodata* - a consumer survey of 17 European Countries. New York, Reader's Digest Association, 1991

Scanned with OKEN Scanner

Europa prezintă un tablou variat şi evolutiv al consumului de alcool cu efectele sale nefaste[3.11]. Consumul mediu declarat de alcool pur pe locuitor a scăzut între 1980 şi 1993 cu aproximativ 18% pentru a atinge 9,65 litri în 15 ţări ale Uniunii Europene. Această tendinţă de scădere a fost notabilă în Franţa, Italia şi Spania. În acelaşi timp şapte ţări din Uniunea Europeană au încă un consum anual pe locuitor de 10 litri de alcool pur sau mai mult (Fig.3.1). Este frapant consumul de alcool în ţări din Europa centrală şi orientală ca şi în noile state independente din fosta Uniune Sovietică.

În Regiunea Europeană, din 40 de ţări pentru care există date, numai nouă au un consum sub cinci litri pe locuitor. Consumul nedeclarat nu este inclus.

Cu câteva excepţii, consumul de alcool pe ţări este similar cu cel existent cu peste o sută de ani în urmă prezentat de dr . I. Felix*:

Franţa	13 litri/locuitor
Belgia	12
Elveţia, Germania, Anglia(cu Irlanda)	11
Danemarca	10
România, Austro-Ungaria	9
Olanda, Italia	9
Suedia	6
Norvegia	5
Spania, Portugalia	4
Serbia, Bulgaria	3

Din tabelul 3.3. se constată ca procentul persoanelor care beau zilnic este mare în ţarile latine din sudul Europei, dar şi procentul abstinenţilor este mare tot în aceste ţări, în special în Spania şi Portugalia. Procentul de persoane care beau zilnic este foarte mic în ţările nordice, dar şi al abstinenţilor. În aceste ţări se consumă alcool mai ales ocazional.

[3.11] Plan d'action europeen contre l'alcoolisme. Bureau regional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1993 (document EUR/ ICP/ADA 035)

* I. Felix. *Antialcoolul* I, 2,pag. 38, 1900

Scanned with OKEN Scanner

3.6.2 . Consumul de alcool în România

România ocupă locul al 15-lea cu un consum cu puţin sub 10 l/locuitor pe an, consum declarat (fig. 3.1.). Din păcate o cantitate mare de băuturi alcoolice sunt produse în gospodării mici, îndeosebi ţuică şi vin, pentru care consumul este greu de evaluat. Cantitatea de ţuică şi vin depinde de condiţiile climaterice ale anului respectiv.

Distilarea produselor de fermentaţie a prunelor (şi altor fructe) se realizează în instalaţii rudimentare, fără un control al calităţii ceea ce face ca un „produs natural" să conţină compuşi şi mai toxici decât alcoolul etilic cum sunt metanolul şi aldehida acetică.

Pentru alinierea la cerinţele Uniunii Europene în privinţa producţiei de alcool va fi interzisă începând din anul 2007 producere ţuicii şi a rachiului în gospodării.*

Recent s-a constatat că mai mult de 75% din producţia de ţuică are un conţinut de până la 5% metanol, compus care conform legislaţiei nu poate fi folosit în concentraţii mai mare de 0,8%.

În figura 3.2 este redată schiţa unei instalaţii pentru distilarea alcoolului obţinut prin fermentarea fructelor descrisă la sfârşitul secolului al XIX-lea. Urmărind schiţa şi comparând-o cu alte instalaţii folosite în gospodăriile ţărăneşti actuale nu se constată un progres în ultimii 110 ani. Nici în privinţa controlului calităţii nu se constată progrese dacă ţinem seama de descrierea din 1895 a lui Niculescu [3.12]:

„Grăduitorii sunt nişte indivizi în număr de doi sau trei care stau pe rând lângă hârdăul sau găleata în care se scurge ţuica şi care întrebuinţează gura drept aparat pentru a constata gradele de tărie a ţuicii.

Unul din ei şade pe un scăunaş în apropiere de gurile ţevilor şi în mână ţine o ceaşcă de pământ.

---

* Ministrul Agriculturii, Ilie Sârbu, adeclarat că : „Nici eu nu voi mai produce ţuică în cazanul pe care îl am în casa de la Cornu." *Adevărul*, 12.06.2003

[3.12] D.D.Niculescu, Alcoolismul în România, Editura Librăriei Socec, Bucureşti, 1895

Scanned with OKEN Scanner

Din 5 în 5 minute pune ceaşca la gura ţevilor şi gustă ţuica pentru a vedea când încep gradele să scadă.

Acest rol îl îndeplineşte cel puţin două ore, apoi se duce de se culcă şi vine un altul de-i ia locul şi după ce şi acesta s-a turmentat vine al 3-lea individ, care nu a fost întrebuinţat, sau se scoală cel precedent şi îi ia locul şi tot astfel se urmează înainte."

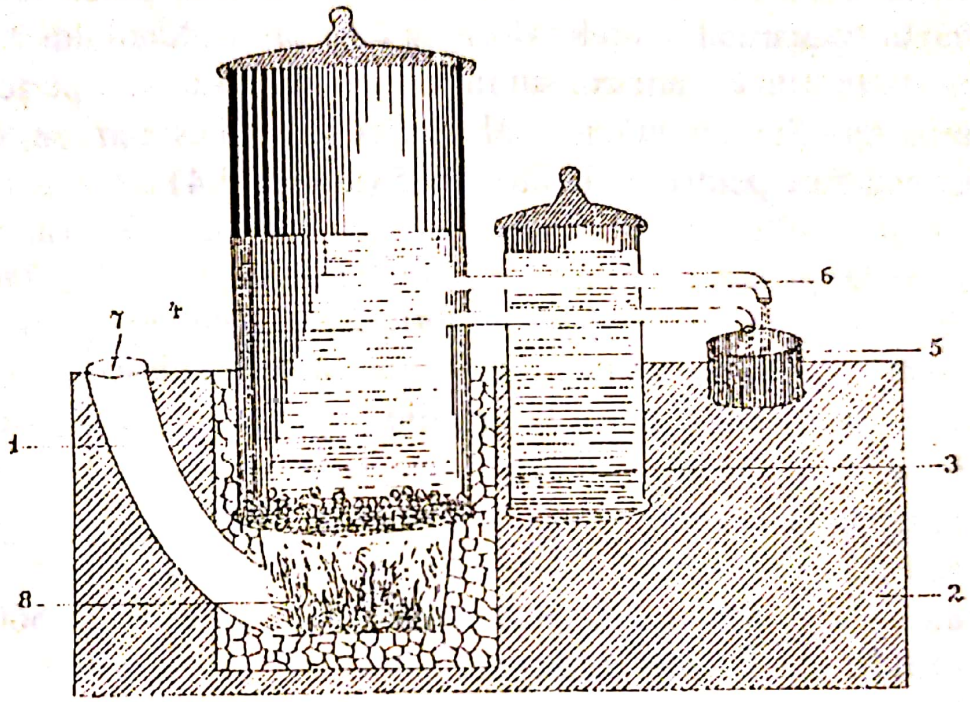


Fig. 3.2. Instalaţie pentru distilarea alcoolului.

1-velniţă; 2-pământul; 3- tocitoare cu apă rece; 4-cazanul; 5-hârdăul în care se scurge ţuica; 6-ţevile cazanului; 7-gura pe unde se introduce combustibilul; 8-combustibilul

Astăzi peste 80% din prducţia de ţuică provine din gospodării individuale.

Din datele patronatelor, există acum în România peste 10000 de cazane comunale de ţuică şi peste 40000 de cazane familiale, care nu depăşesc capacitatea de 10-25 de litri.

Este regretabil că zaharurile din prune, caise şi struguri sunt supuse fermentaţiei pentru a fi transformate în alcool etilic cu pierderea unei treimi care trece ca dioxid de carbon în atmosferă. Obţinerea de nectar din aceste fructe era posibilă în

Scanned with OKEN Scanner

anii '60; de ce nu ar fi posibilă şi astăzi ? De asemenea se pot obţine gemuri, care sunt deficitare pe piaţa alimentară. Aceasta ar reduce şi toate efectele nefaste ale consumului de alcool.

Dacă la consumul de alcool pe locuitor România se află pe un loc fruntaş, la consumul de lapte, cu 3,7 l/locuitor, se află pe un loc codaş ţinând seama că în spaţiul european apusean se consumă 31 l/locuitor*. Oare cerealele nu s-ar putea folosi mai bine la furajarea bovinelor decât la fabricarea alcoolului ?

În 100 de ani consumul de alcool s-a dublat pe teritoriile româneşti. Possa arată în 1901 că alcoolismul este în creştere[3.13] şi prezintă date pentru anii 1881-1885 (tabelul 3.4)

Tabelul 3.4.

Alcool fabricat şi consumat

Anii	Cantitate de alcool de 96° litri	Consum mediu	Pe locuitor	Nr. locuitori
1881-82	34755300			
1882-83	34311832	28800000	5 litri	5600000
1883-84	36188473			
1884-85	28497878			

În mass-media românească se vorbeşte rareori despre alcool şi niciodată de calitatea de drog a acestuia. Deşi alcoolismul este vinovat de 38,1 de decese la mia de locuitori datorită cirozei (România ocupă locul 3), de 40% din accidentele de circulaţie, de omucidere etc., se consideră probabil că lectura

---

* În Anuarul Statistic al Românici pe anul 2002 este trecută o producţie de lapte de vacă (şi bivoliţă) de 27 kg/locuitor incluzând şi laptele consumat de viţei. În Austria se produc 413 kg, în Elveţia 545, Danemarca 836, Franţa 423, Irlanda 1437 kg/locuitor, ţări în care nu este cuprins şi laptele viţeilor.

3.13 St. Possa, L'alcoolisme et le mouvement anti-alcoolique en Roumanie, Imprimeria Naţională, Iaşi, 1901.

Scanned with OKEN Scanner

ziarelor ar deveni plictisitoare dacă acest detaliu ar fi repetat la fiecare caz. Nu vom găsi în ziarele noastre sau în ştirile de la posturile de televiziune titluri ca „O nouă victimă a alcoolului".

În toate ţările, în afară de România, se respectă nomenclatura Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii care clasează alcoolul în rândul drogurilor (heroina, droguri sintetice: extasy şi similare, cocaina, cannabis, tutun).

Dacă pe plan individual există droguri mai cumplite decât alcoolul, pe planul colectivităţii el reprezintă cel mai dezastruos drog. Dacă drogatul cu droguri ilegale este, în general, un tânăr solitar în acţiunea sa de sinucidere, alcoolicul este în cele mai multe cazuri un adult care antrenează în naufragiul său de la 3 la 10 persoane. O bună parte din copiii proveniţi din părinţi alcoolici prezintă anomalii fizice şi psihice. Mulţi copii trataţi în clinicile de neuropsihiatrie provin din părinţi alcoolici.

Alcoolismul este bine instalat şi nu este atacat de presă. Dispune de o reţea fabuloasă de cârciumi, bufete, chioşcuri. Graţie acestor „instituţii" naţionale există totdeauna la îndemână un pahar plin pe care lumea se grăbeşte să-l golească pentru a-şi îneca amarul, pentru a-şi umple singurătatea, pentru reconfortare etc. Toţi profitorii de pe urma alcoolului ştiu foarte bine să întreţină acest mit pentru a-şi apăra interesele.

3.7. ALCOOLUL ESTE UN DROG

Alcoolul etilic este un drog psihotrop. El este înainte de toate un anestezic, un tranchilizant şi un anxiolitic. Sângele transportă alcoolul în creier unde are loc un efect de sedare. Transmiterea impulsurilor nervoase este redusă şi de aceea lumea, viaţa, oricât de stressantă ar fi, par mai blânde, destinse şi în roz. Euforia, această modificare a bunei dispoziţii provocată de alcool este o senzaţie artificială de stare de bine care înşeală individul asupra capacităţilor sale. Consumatorul de alcool este mai mult sau mai puţin handicapat din punct de vedere psihic, la fel ca după absorbţia de medicamente tranchilizante sau somnifere. Cu

Scanned with OKEN Scanner

facultăţile diminuate el minimalizează riscurile şi dificultăţile pe care le comportă anumite munci sau anumite activităţi cum este conducerea unui vehicul.

Euforia este urmată de tulburări ale vederii şi ale reflexelor (pag. 202)

3.7.1. Obişnuinţă, toleranţă şi dependenţă

Repetarea unor doze toxice poate duce la adaptarea organismului la un compus toxic.* Acest fenomen era cunoscut încă din Antichitate. Legenda spune că regele Mitridate, după ce şi-a administrat regulat mici cantităţi de otravă, a rămas în viaţă în urma înghiţirii involuntare a unei doze importante introdusă în alimente de către o mână criminală.

Un individ care ia pentru a putea dormi un comprimat de somnifer în fiecare seară, care îl face să doarmă bine, să se trezească uşor şi să aibă o zi bună, după câteva săpătămâni constată că pastila devine mai puţin eficace. Dacă vrea să aibă în continuare un somn artificial el trebuie să mărească doza sau să schimbe somniferul. S-a produs fenomenul de „obişnuinţă".

Toleranţa este proprietatea pe care o posedă organismul de a resimţi efectele unui produs în doză precisă fără apariţia simptomelor patologice. Ea este dinamică crescând paralel cu creşterea dozelor necesare pentru ca efectele obţinute să rămână aceleaşi. După un timp (în ani) de toleranţă se prăbuşeşte definitiv.

Este o eroare să credem *că prin toleranţă, subiectul a câştigat o rezistenţă bună şi dorită. Toleranţa nu este o formă de*

---

* Un compus chimic, toxic, introdus în organism produce două efecte:
a) Dacă doza este unică şi puternică,
-organismul moare sau
-resimte anumite tulburări, se îmbolnăveşte.
b) Dacă acelaşi compus este absorbit repetat, într-o doză slabă la început, apoi progresiv crescută (până la atingerea celei precedente, de la a) care a fost mortală:
-organismul nu moare;
- el nu resimte nici o tulburare: este fenomenul numit toleranţă.

Scanned with OKEN Scanner

imunitate sau de dovadă a unei capacităţi particulare a unui subiect. Ea arată o absenţă a reacţiilor normale de apărare. Este semnul unei intoxicaţii cronice acute.

Este normal ca după absorbţia unui produs periculos pentru organism să fie perceput, cât mai repede, un semnal de avertisment, o reacţie de alarmă care să permită subiectului să se simtă bolnav, să oprească absorbţia toxicului şi eventual să solicite un tratament terapeutic.

Faptul că un subiect obişnuit cu băuturile alcoolice le „suportă bine" arată că celulele nervoase şi-au pierdut sensibilitatea, s-au slăbit ori s-au împuţinat şi că s-a instalat o formă de intoxicare cronică.

Rolul sistemului nervos de protecţie a individului se poate asemăna cu o balanţă analitică. Cu cât o balanţă este mai sensibilă, cu atât este mai bună şi cu cât este mai bună, ea este mai sensibilă. Cu cât sistemul nervos este mai sensibil la o agresiune cu atât este mai sănătos şi cu cât tolerează agresiunea fără a reacţiona, cu atât este mai puţin sănătos.

Toleranţa unui individ creşte progresiv cu timpul, paralel cu intoxicaţia. După un timp destul de lung, toleranţa atinge un palier, apoi scade, când intoxicaţia duce la o stare de decădere organică profundă. Subiectul redevine sensibil, intolerant la alcool. Din nefericire pentru el, este prea târziu.

Alcoolodependenţa sau alcoolomania este considerată ca o stare care se situează pe o scară, mai sus sau mai jos, a gravităţii consumului excesiv. Toţi consumatorii de alcool au un anumit grad de dependenţă de alcool[3.14].

În general dependenţa este definită ca o pierdere a libertăţii, un fel de sclavie faţă de un compus chimic, de o obişnuinţă sau de un mediu, factori care aduc o satisfacţie imediată de ordin fizic şi/sau psihic. Cea mai gravă este dependenţa de un produs chimic ca: alcoolul, cocaina, heroina,

---

[3.14] N. Heather, Treatment approaches to alcohol problems. *WHO Publications, European Series*, no. 65, Copenhagen 1995.

Scanned with OKEN Scanner

morfina, nicotina, amfetaminele etc., care modifică psihicul, pe care subiectul le consumă conştient de riscuri.

Acoolodependenţa este o dependenţă farmacologică, o toxicomanie, o dependenţă de efectele alcoolului asupra sistemului nervos. Ea se instalează lent adesea în mai mulţi ani, în comparaţie cu cea a drogurilor ilicite. Ea este însă definitivă. Chiar după mulţi ani de abstinenţă completă, subiectul rămâne fragil. O recădere survine aproape automat, fenomen care s-ar putea compara cu cel al alergiei. Se poate vorbi doar de stabilizarea unui bolnav şi nu de vindecarea lui.

Dependenţa de alcool este compatibilă mult timp cu o activitate profesională „acceptabilă", deoarece *alcoolul este un drog licit.*

Într-un document supervizat de OMS, există recomandarea de a nu se face distincţie între dependenţa fizică şi dependenţa psihologică. Nu se poate stabili între ele o distincţie clară şi utilă. Dacă vrem să folosim termenul mai puţin echivoc decât cel de dependenţă fizică putem vorbi de neuro-adaptare. În documentul OMS[3.15] se spune că dependenţa se manifestă ca un tip de comportament şi trebuie considerată ca un „sindrom psihologic, fiziologic şi social" la care este imposibil sau dificil de făcut o distincţie între aspectele fizice şi psihologice. În acelaşi document se menţionează că este important să se facă distincţie între alcoolodependenţă şi incapacităţi datorite alcoolismului. Există o corelaţie între aceste două fenomene dar ele sunt independente. Cineva poate fi foarte dependent de alcool fără să prezinte incapacităţi majore şi invers.

O afectare comportamentală gravă constă în beţiile prelungite cu manifestări fizice şi psihice. Când o persoană dependentă fizic de alcool încearcă să se oprească, apare sindromul de abstinenţă care se manifestă prin febră, creşterea

---

[3.15] G. Edwards et al. Nomeclature and classification of drug and alcohol related problems: a hortened version of WHO memorandum. *British Journal of Addiction*, 77, 1982, p 3.

Scanned with OKEN Scanner

tensiunii arteriale şi a pulsului, nelinişte, agitaţie, psihoze, convulsii şi chiar moarte.

Există o vulnerabilitate genetică la dependenţa de alcool. Accasta a reieşit din studii ale familiilor cu gemeni, copii adoptaţi proveniţi din părinţi alcoolici şi din lucrări experimentale. Accastă vulnerabilitate este probabil poligenetică (nefiind responsabilă o singură genă) şi expresia ei este foarte influenţată de mediu.

3.7.2. Sobrietate

Sobrietatea, care este definită în raport cu băuturile fără alcool, comportă două atitudini posibile.

- folosirea exclusivă a băuturilor fără alcool;
- folosirea în principal a băuturilor fără alcool (asociată cu un consum accesoriu, ocazional de băuturi alcoolice)

- **Folosirea exclusivă a băuturilor fără alcool. Sobrietate absolută sau abstinenţă**

Ea este practicată :

- de toţi cei care au ales aceste băuturi după gust, din raţiuni de sănătate şi alte raţiuni;
- de copii şi adolescenţi. În perioadele de creştere alcoolul are o toxicitate deosebită asupra sistemului nervos. Se recomandă băuturi sănătoase şi crearea de obiceiuri durabile la tineri pentru protejarea de produse alcoolice;
- de către femeile însărcinate sau care alăptează: alcoolul traversând placenta , alcoolemia fătului este aceeaşi cu cea a mamei. Alcoolul se regăseşte de asemenea în laptele matern;
- de către sportivi care vor performanţe fizice şi mentale.

Scanned with OKEN Scanner

- Folosirea în principal a băuturilor fără alcool.

Alcoolul este un toxic relativ slab comparativ de exemplu cu nicotina dar calitatea, cantitatea şi ritmul de absorbţie trebuie bine definite.

Între mese, când stomacul este gol, numai băuturile fără alcool trebuie să fie consumate.

În timpul meselor:

- apa constituie băutura de bază;
- se consumă şi anumite băuturi alcoolice;
- pentru calităţile lor gustative sunt însoţite de anumite alimente;
- se folosesc doze foarte reduse şi
- ocazional.

3.8. ALCOOLUL ÎN ORGANISM

Alcoolul consumat ca băutură alcoolică este absorbit la nivelul mucoaselor gastrice şi duodenale prin difuziune, ajungând prin capilarele venei porte la ficat.[3.16] Cantităţi mai mici se absorb prin colon şi prin inhalare la nivelul plămânilor. Directa absorbţie este de 2-6 ore depinzând de perioada de timp în care are loc ingestia băuturii şi de prezenţa alimentelor sau a unor medicamente. El poate fi depistat în sânge după 20-30 de minute. Alcoolul absorbit se distribuie în toate ţesuturile şi lichidele organismului, celulare şi extracelulare prin traversarea membranelor. Ţesuturile cu conţinut mai mare de apă (în care etanolul este solubil) reţin mai mult alcool decât cele bogate în grăsimi. Dar creierul, deşi are un conţinut mare de lipide, poate reţine o cantitate aproape egală cu cea din sânge datorită puternicei sale vascularizaţii.

[3.16] Beliş V. Aspecte toxicologice clinice şi medico-legale în etilism. Editura Medicală, Bucureşti 1988.

Scanned with OKEN Scanner

Concentraţia alcoolului în sânge exprimată în grame la litru este numită alcoolemie.

Alcoolemia ajunge la valoarea maximă după 30-120 de minute de la ingestia alcoolului (Fig. 3.3.). În funcţie de natura băuturii alcoolice (concentrate sau diluate) şi de individ, valoarea normală a alcoolemiei este zero, valoarea patologică este de 0,15-0,5 g/l.

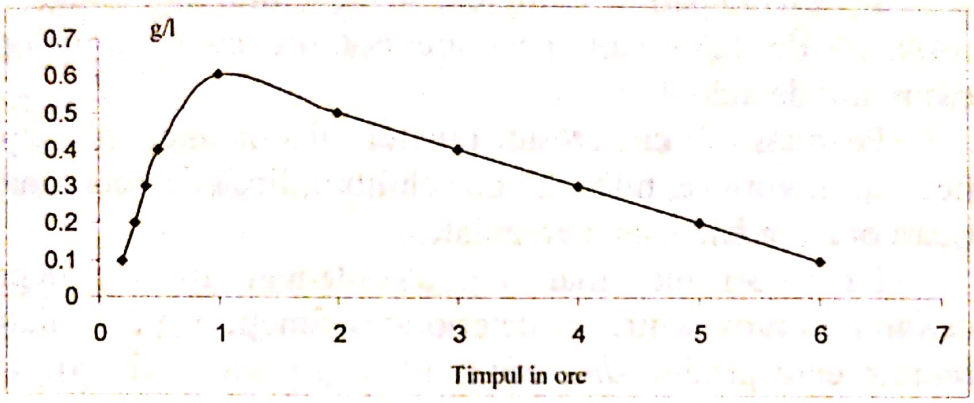


Fig. 3.3. Curba alcoolemiei pentru cantităţi mici de alcool

Alcoolemia reprezintă raportul :

$$\frac{\text{viteză de difuziune}}{\text{viteză de oxidare}}$$

Aceeaşi cantitate de alcool consumată pe stomacul gol provoacă alcoolemii mai ridicate decât în cazul consumării cu alimente.

Absorbţia alcoolului este uşurată de prezenţa dioxidului de carbon, fapt ce explică efectul şampaniei şi al vinurilor spumoase.

90-98% din etanolul absorbit se oxidează în ficat la aldehidă acetică, iar aceasta la acetat. Restul este excretat renal, pulmonar şi prin piele.

Existenţa alcoolului în urină poate servi în scopuri medico-legale datorită raportului:

Scanned with OKEN Scanner

$$\frac{\text{concentraţie de alcool în urină}}{\text{concentraţie de alcool în sânge}} = 1,3 - 1,4$$

care arată că în urină concentraţia etanolului este mai mare decât în sânge.

După întreruperea ingerării de băuturi alcoolice, nivelul sanguin scade cu 1-2,5 g/l/oră. La consumatorii cronici viteza de metabolizare creşte la 3-4g/l/oră.

Pentru dispariţia completă a alcoolului din sânge, la o alcoolemie de 1g‰ sunt necesare 6-7 ore cu condiţia opririi consumului de alcool.

Pe măsură ce creşte nivelul alcoolemiei pot apărea dificultăţi în vorbire, tulburări de echilibru, lipsă de coordonare şi mişcări oculare lente sau neregulate.

La valori mai mari ale alcoolemiei are loc depresia sistemului nervos central şi deteriorarea funcţiilor vestibulare şi cerebrale care produc *disartrie* (vorbire greoaie, dificilă), *ataxie* (mers dificil, cu bază largă de susţinere), *nistagmus* (mişcări rapide ale globilor oculari), *diplopie* (vedere dublă), *depresie respiratorie*, *vomă* şi *aspirare pulmonară*. La consumatorii sporadici de alcool pot apărea stupoare şi comă la 4g‰ şi decesul la 5g‰ prin depresie respiratorie şi acidoză.[3.4]

Reacţia la consumul de alcool este diferită de la un individ la altul, depinzând de capacitatea de metabolizare a etanolului la aldehidă acetică, care este determinată genetic. Aldehida acetică induce efecte vasodilatatoare puternice, care produce un sindrom de roşeaţă a feţei şi ameţeală.

Capacitatea ficatului de transformare a etanolului fiind limitată, o parte din etanol părăseşte ficatul, provocând creşterea alcoolemiei. Sângele distribuie alcool în toate ţesuturile, în funcţie de afinităţi, cu producerea stării de intoxicaţie. O persoană în vârstă de peste 16 ani poate oxida în 5-6 ore alcoolul din 120 ml de băutură tare sau 1,2 dl de bere echivalând cu 5-10 g/oră alcool pur.

Scanned with OKEN Scanner

Alcoolismul cronic

Alcoolismul cronic se instalează treptat trecând prin următoarele faze caracteristice:

Faza prealcoolică „în care se pregăteşte terenul" şi poate dura de la câteva luni la doi ani. În acest timp subiectul caută motivaţii speciale şi circumstanţiale pentru a consuma alcool. Toleranţa fată de alcool creşte şi individul devine tot mai legat de băutura pe care o caută.

Faza prodromală cu durată între şase luni şi patru ani, caracterizată prin aviditate după primele pahare şi prin consum „în secret" pentru ca în acest fel băutorul să-şi devanseze porţia şi aparent să nu consume mai mult decât ceilalţi din anturajul său. În această fază încep să apară şi tulburări de memorie.

Faza crucială, următoare, constă în pierderea controlului, când apare necesitatea fizică de a bea. Conflictele familiale şi cu colegii de muncă devin frecvente. Survin abstinenţe periodice, se caută alibiuri, motivaţii, se fac încercări de compensare constând în grandomanie, cheltuieli pentru familie. Treptat individul se izolează, devine ostil faţă de anturajul său, neglijează alimentaţia.

Capacitatea sexuală scade şi apar manifestări de gelozie. A început descompunerea personalităţii.

Faza cronică începe cu ingerarea matinală de băuturi alcoolice, cu ebrietate în cursul zilei, cu beţii prelungite. Bolnavul întâlneşte reprobare unanimă. Facultăţile intelectuale şi simţul moral scad. Toleranţa la băutură slăbeşte, apar semne de suferinţă urmate de psihoze alcoolice. O formă particulară este *dipsomania*: la intervale de 4-5 zile sau 2-3 săptămâni apare dorinţa irezistibilă pentru băutură. Individul bea orice, adormind la sfârşit într-un şanţ sau săvârşind acte de huliganism, ultraj, violenţă.

Intoxicaţia alcoolică acută

Diagnosticul pozitiv de intoxicaţie etilică acută este beţia care defineşte o stare de excitaţie alcoolică acută.

Scanned with OKEN Scanner

Clinic se disting două tipuri de intoxicaţie etilică: intoxicaţia etilică necomplicată sau beţia zisă „ordinară" şi intoxicaţia acută complicată sau beţie patologică.

Intoxicaţia etilică acută evoluează în trei faze:

- O fază de excitare psihomotorie sau de dezinhibare,
- O fază cu tulburări de coordonare, beţie caracterizată ca *ebrietate,*
- O fază de comă.

Ele reprezintă grade de intensitate ale simptomelor în funcţie de cantitatea de alcool absorbit şi de toleranţa individuală.

Faza de excitaţie psihomotorie. Corespunde unei alcoolemii de 1-2 grame. Se manifestă printr-o pierdere de control superior şi o eliberare a tendinţelor instinctive. Atenţia, timpul de reacţie, judecata, sensul critic, voinţa, memoria, adaptarea la realitate sunt alterate. Subiectul este euforic şi vorbăreţ. De la veselie trece la tristeţe şi chiar la agresivitate.

Faza tulburarilor de coordonare şi instabilitate se întâlneşte la alcoolemii de peste 2 grame ‰. Ea se caracterizează prin ataxie, somnolenţă, privire vagă, tremurături şi elemente ale unui sindrom cerebral. Psihic se pot prezenta toate gradele de confuzie cu dezorientare temporospaţială. Se instalează progresiv o toropeală şi apar disfuncţiuni cerebrale. Gesturile sunt stângace. Pot fi prezente tulburări neurologice cu un sindrom vestibular responsabil de mari vertijuri rotatorii cu greaţă şi vomă. De asemenea se poate produce un sindrom oftalmologic marcat printr-o diplopie, o midriază bilaterală şi o scădere a acuităţii vizuale.

Faza de comă apare la o alcoolemie de peste 3 grame. Subiectul este beat mort, aflându-se într-o comă profundă, cu scăderea temperaturii centrale. Respiraţia este zgomotoasă cu astuparea căilor aeriene şi hipoventilaţia alveolară.

Hipotensiunea poate duce la un colaps cardiovascular.

Scanned with OKEN Scanner

Chestionare pentru autoevaluarea consumului de alcool

Există diferite chestionare pentru autoevaluarea consumului de alcool. Unul simplu şi scurt se rezumă la 4 întrebări:

- Aţi resimţit deja nevoia de a diminua consumul de băuturi alcoolice ?
  Da Nu
- Anturajul dumneavoastră a remarcat deja consumul dumneavoastră ?
  Da Nu
- Aveţi deja impresia că beţi prea mult ?
  Da Nu
- Simţiţi deja nevoia de alcool dimineaţa pentru a vă simţi în formă ?
  Da Nu

Dacă persoana testată obţine cel puţin două răspunsuri pozitive, ea trebuie să se gândească la existenţa foarte probabilă a unei probleme legată de consumul excesiv de alcool.

3.9. RISCURILE CONSUMULUI DE ALCOOL

3.9.1. Efecte nocive

Alcoolul omoară direct sau indirect 52000 de persoane pe an în Franţa şi este cauza consultaţiei a 1 din 5 pacienţi. Mortalitatea imputabilă consumului excesiv de alcool se repartizează în trei mari categorii:

1) Decesele în care alcoolul joacă un rol în asociere cu alţi factori (accidente rutiere sau de muncă, tumori, sinucideri, decese din cauze nespecificate etc.). Aproape jumătate din accidentele rutiere mortale sunt cauzate de consumul de alcool al şoferilor ;

Scanned with OKEN Scanner

2) Decese prin cancer provocate de consumul de tutun şi alcool, în special asociat ;
3) Decese prin alcoolism, psihoză alcoolică şi ciroza ficatului

În SUA, alcoolul este cauza a peste 66% din omoruri, a 55% din violuri, aproape 70% din agresiuni şi 80% din sinucideri.

Din punctul de vedere al sănătăţii publice este tot mai evident faptul că, consumul de alcool are un rol determinant în morbiditatea şi mortalitatea la scară mondială. Multă vreme epidemiologii şi experţii în sănătate publică au subestimat efectul alcoolului asupra sănătăţii, atenţia lor fiind îndreptată asupra dependenţei de alcool sau asupra alcoolismului ca maladie, cu efecte dezastruoase. Se ştie astăzi, cu certitudine, că dependenţa nu explică decât în parte prejudiciile aduse indivizilor şi societăţii ca urmare a consumului de alcool.

Multe elemente tind să probeze că există o relaţie doză-efect între consumul de alcool şi riscul de ciroză a ficatului, a cancerului gurii, faringelor, laringelor, esofagului, ficatului şi sânului. Relaţia dintre consumul de alcool şi maladiile cardio-vasculare este mai complexă. Alcoolul pare să reducă riscul de cardiopatie coronariană cu tot impactul său nefast asupra tensiunii arteriale şi a riscului de accident vascular cerebral pe care îl induce.[3.17]

De asemenea există o relaţie doză-efect între consumul de alcool şi problemele familiale, profesionale şi sociale, accidente, agresivitate, comportament criminal, rănire involuntară, violenţă şi sinucidere.

În afară de afecţiunile legate direct de acţiunea alcoolului asupra organismului, multe afecţiuni sunt favorizate de el, cum ar fi cancerele şi tuberculoza pulmonară.

În timpul holerei de la 1848, în Franţa, din 100 de bolnavi care nu consumau băuturi alcoolice, mureau 19, iar din 100 de beţivi ce se îmbolnăveau mureau 91*.

[3.17] G. Edwards et al. Alcool: *politique et intérêt général.* Copenhaga, Biroul regional al OMS pentru Europa, 1997

* P. Pănoiu, *Antialcoolul*, 3, 4, III, 1902, pag.40

Scanned with OKEN Scanner

3.9.2. Alcoolul şi ciroza hepatică

Alcoolul are o acţiune toxică asupra ficatului în care este metabolizat. La început leziunile celulei hepatice sunt reversibile, însă pe măsură ce consumul de alcool se cronicizează, în funcţie de cantităţile ingerate, leziunile devin stabile, se produce ciroza hepatică. Procesul este însoţit de carenţele vitaminice şi dezechilibrele alimentare. S-a constatat că 50% dintre alcoolici prezintă leziuni hepatice iar 50% dintre cirozele hepatice sunt cauzate de etilism.

Leziunile hepatice evoluează pe o perioadă lungă de timp (10-40 ani) în funcţie de factorii constituţionali, frecvenţa consumului şi cantităţile ingerate, fiind parcurse câteva stadii, dintre care *ciroza hepatică* este ultimul.

În figura 3.4 sunt prezentate date privind mortalitatea cauzată de ciroză în 19 de ţări, care fac parte din Regiunea europeană a OMS. România se află pe locul 2 cu 45 de decese cauzate de ciroză la 100000 de locuitori după Ungaria, cu 78 care are şi un consum mai mare de alcool (pag. 190) cifre foarte mari comparativ cu alte ţări şi mai ales faţă de Irlanda, cu 2,9. Nu există însă un singur factor care să explice clasamentul. Valori mai ridicate se găsesc la ţările „băutoare de vin" decât la ţările „băutoare de bere". Valori mai ridicate se găsesc la ţările din est comparativ cu cele din Europa occidentală.

Raportul bărbaţi:femei oscilează de la 3,6 în Finlanda şi Malta la 1,1 în Irlanda. Rata mortalităţii de ciroză este mult mai mare în ţările latino-americane decât în Statele Unite şi Canada.

Ciroza ficatului este un indicator de sănătate foarte important. Există o relaţie directă între consumul de alcool şi ciroza ficatului în timp şi spaţiu. O reducere a consumului de alcool duce la o reducere a mortalităţii din cauza cirozei.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 3.4 Mortalitatea cauzată de ciroză hepatică în Regiunea Europeană

Scanned with OKEN Scanner

3.9.3 Alcoolul şi cancerul

Multe statistici arată că există o relaţie între folosirea băuturilor alcoolice şi diferite cancere. Majoritatea băutorilor fiind şi fumători, această relaţie este netă la cancerele aerodigestive superioare (cancere ale gurii, faringelui, laringelui şi esofagului), la care cauza determinantă este tutunul, dar se întâlneşte şi la alte cancere: al ficatului, pancreasului şi sânului.

Alcoolul face parte din produsele calificate co-cancerigene" care nu induc cancere ele singure dar care măresc acţiunea unui produs cancerigen. Acest tip de produs multiplică cu un coeficient variabil potenţialul cancerigen al altui compus.

Dacă se estimează la 1 riscul pentru un subiect nebăutor şi nefumător, el este 3 pentru un subiect care fumează peste 40 g de tutun pe zi sau consumă peste 120 g de alcool, dar riscul va fi de 16 pentru un subiect care prezintă aceeaşi dublă intoxicaţie la aceleaşi doze.

În Franţa 1 deces de cancer din 9 este legat de alcool singur sau în asociere cu un alt toxic, în special cu tutun.

Cancerul căilor aerodigestive superioare

Mortalitatea la nivel mondial este de 9,8% decese la 100000 de locuitori, pe an, prin cancere ale cavităţii bucale şi faringelui şi de 10,2 decese pe an la 100000 de locuitori prin cancerele laringelui.

Rolul alcoolului faţă de cel al tutunului este dificil de precizat. 90% dintre bărbaţi şi 50% dintre femei, însă, au cunoscut un consum de 100-120 ml alcool pe zi. Alcoolul se comportă ca un cocancerigen faţă de tutun pentru că el potenţează acţiunea sa cancerigenă. Există o sinergie alcool-tutun. Cele două intoxicaţii sunt de regulă asociate.

După datele Centrului Internaţional de Cercetări asupra Cancerului[3.18] de la Lyon, alcoolul contribuie la apariţia cancerelor la gură, faringe, laringe, esofag şi ficat. Excluzând alţi

[3.18] Acohol drinking, Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1988 (IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to humans, No. 44)

Scanned with OKEN Scanner

factori cum este tabagismul, majoritatea cercetărilor arată că există o relaţie doză-efect atât pentru bărbaţi, cât şi pentru femei, relaţie care nu este liniară, devenind exponenţială către nivelele de consum foarte ridicate. În ultimii ani au fost publicate mai multe studii despre alcool şi cancer de sân la femei care arată că există o relaţie doză-efect, riscul crescând lent dar sigur cu consumul de alcool.[3.19] Relaţia se verifică dacă se exclud anumiţi factori potenţial confundabili ca masa corporală şi grăsimile alimentare.

Studii diferite au arătat că procentul cancerelor de ficat variază între 10 şi 30 din cazurile de ciroză alcoolică.

3.9.4.Alcoolul şi cardiopatiile coronariene

În urma mai multor studii, se pare că există o relaţie între consumul de alcool şi riscul de cardiopatie coronariană. Un consum mic de alcool de 10-50 g pe zi reduce riscul de cardiopatie coronariană cu 25-50%. Reducerea riscului se poate produce, mai ales la persoanele vârstnice, la un consum sub 10 g de alcool pe zi. (Dar câte persoane se pot opri la această doză?). Alcoolul acţionează asupra nivelului lipidelor şi agregării plachetelor; el măreşte nivelul lipoproteinelor de înaltă densitate şi scade nivelul lipoproteinelor de joasă densitate. Anumite cercetări au arătat că riscul creşte la un consum de peste 60 g/zi. Dar reducerea, puţin importantă, obţinută prin consum de alcool este neutralizată fără îndoială prin creşterea riscului altor consecinţe negative.

După un studiu japonez (publicat în American Journal of Hypertension în 2002) o perioadă de abstinenţă de scurtă durată este benefică pentru marii băutori.

[3.19] L. Rosenberg et al, Alcohol consumption and risk of breast cancer: a review of the epidemiological evidence. *Epidemiological review*, 15, 133,1993.

Scanned with OKEN Scanner

Studiul a fost făcut de către Dr. Junichi Minamo de la Universitatea Tochigi-Japonia pe 33 de bărbaţi japonezi, mari băutori de bere şi sake (alcool din orez).

Fiecare din aceste persoane beau 4 sticle de bere sau 3 sake în fiecare seară. S-au constituit două grupe. Una în care s-a redus la jumătate consumul de alcool şi alta în care membrii ei şi-au păstrat consumul anterior.

După o zi tensiunea sistolică (maxima) a scăzut cu 4 diviziuni la cei care au redus consumul de alcool. Tensiunea diastolică (minima) nu s-a modificat. Ritmul cardiac a scăzut cu 4 bătăi pe minut ziua şi cu 7 bătăi pe minut noaptea.

Concluzia acestui studiu este că o scădere a unui mare consum de alcool, chiar de scurtă durată, reduce riscul maladiilor cardiovasculare.

3.9.5. Alcoolul şi accidentul vascular cerebral

Consumul de alcool măreşte riscul de accident vascular cerebral ca urmare a relaţiei doză-efect asupra tensiunii arteriale (atât la bărbaţi cât şi la femei).

Doze foarte mici de alcool, conform unor studii controversate, pot reduce riscul de accident vascular cerebral nehemoragic. Efectul protector al 1-2 pahare de băutură alcoolică consumată de către bărbaţi după 40 de ani şi de către femei după menopauză este foarte dificil de interpretat şi el are o pondere mică faţă de pericolele alcoolului. De altfel studiile privind efectul protector au fost finanţate de industria de băuturi alcoolice.

3.9.6. Alcoolul şi mortalitatea generală

Incidenţa alcoolului asupra mortalităţii (însumând toate cauzele), depinde de existenţa diferitelor maladii, de structura pe vârste a populaţiei şi de nivelul general al consumului de alcool dintr-o societate. Ea este proprie unei culturi şi unei perioade

Scanned with OKEN Scanner

date.[3.20] Decesele imputabile accidentelor de circulaţie şi violenţei, al căror număr creşte cu consumul de alcool, predomină la tineri în timp ce decesele imputabile cardiopatiilor coronariene predomină la vârstnici.

Decesele cauzate de o patologie frecvent legată de alcool, cum este ciroza, nu reprezintă decât o mică parte din numărul de cazuri în care alcoolul contribuie la cauza deceselor. În multe

Tabelul 3.5

Procesul deceselor imputabile alcoolului în Franţa

Cauzele deceselor	bărbaţi	femei
Cancere de:		
Faringe	89	30
Esofag	86	55
Cavitate bucală	84	24
Laringe	79	15
Ficat	71	54
Rect	12	5
Maladii cardio-vasculare:		
Cardiopatie ischemică, Maladii cerebro-vasculare	32	7.6
Tulburări respiratorii:		
Pneumonie, gripă*	36	7
Tulburări digestive:		
Ciroza ficatului	91	69
Pancreatită cronică	70	55
Altele:		
Sinucideri	53	13
Omucideri	50	50
Căderi accidentale	49	11
Accidente rutiere	34	33

[3.20] OMS. Raport de la Conference européene „Santé société et alcool. Paris, 12-14 décembre 1995.

[3.21] Registre National des causes de décès 1995, INSERM_SCS et (HILL 2000)

Scanned with OKEN Scanner

cazuri de decese din „cauze naturale", ca pancreatita, accidente vasculare cerebrale (AVC) şi diverse cancere, alcoolul poate avea o contribuţie importantă şi el poate, de asemenea, foarte adesea să intervină în decesele prin accidente, sinucideri şi violenţă.

Franţa se găseşte in plutonul fruntaş al ţărilor consumatoare de alcool. Ea deţine recordul european la mortalitatea masculină prematură atribuită alcoolului : 12-18% decese la bărbaţi între 35 şi 64 de ani legate de un supraconsum.

În Franţa alcoolul este implicat în 45000 de decese pe an (din care jumătate înainte de 65 de ani). Ele ating mai ales bărbaţii.

În tabelul 3.5 sunt trecute procentajele de decese atribuite alcoolului pe cauze şi pe sexe în Franţa.[3.21]

Din multe studii reiese faptul că numărul alcoolicilor este mare printre bolnavii de tuberculoză.

Tabelul 3.6

Procentul deceselor imputabile alcoolului în SUA[3.22]

Cauza deceselor	%
Cancerul buzelor, cavităţii bucale şi faringelor,	
bărbaţi	50
femei	40
Cancer de esofag	75
Cancer de stomac	20
Cancer de ficat	15
Cancer de laringe,	
bărbati	50
femei	40
Psihoză alcoolică	100
Sindrom de dependenţă la alcool	100
Sindrom de sevraj alcoolic	100
Hipertensiune idiopatică	8

[3.22] Centers for Disease Control. Alcohol related mortality and years of potential life lost-United States 1987. Morbidity and mortality report, 39(11):173(1990)

Scanned with OKEN Scanner

Cardiomiopatie alcoolică	100
Accident vascular cerebral	7
Tuberculoză pulmonară	25
Pneumonie şi gripă	5
Maladii ale esofagului, stomacului şi duodenului	10
Gastrite imputabile alcoolului	100
Steatoza ficatului imputabilă alcoolului	100
Hepatită alcoolică acută	100
Ciroza alcoolică a ficatului	100
Tulburări hepatice nespecifice datorate alcoolului	100
Ciroze ale ficatului fără menţionarea alcoolului	50
Pancreatite acute	42
Pancreatite cronice	60
Accidente de circulaţie	40
Accidentele bicicliştilor	20
Accidentele sportului acvatic	20
Accidente aviatice	16
Otrăviri accidentale cu alcool	100
Căderi accidentale	35
Incendii	45
Înec accidental	38
Sinucideri şi automutilări	28
Omucideri şi răniri voluntare	46
Diabet zaharat	5
Polinevrită alcoolică	100
Grad ridicat de alcoolemie	100

Datele din tabelul 3.6 sunt elocvente şi cutremurătoare. Ele arată că există maladii imputabile alcoolului care sunt provocatoare de moarte în procente de 100%, dar şi maladii care nu erau atribuite alcoolului şi care de fapt sunt provocate de consumul de alcool în diferite proporţii. Impresionează faptul că alcoolul provoacă pancreatite, cancer al buzelor, cavităţii bucale, faringelui, laringelui, esofagului, ficatului şi stomacului, etc. în proporţii foarte mari.

Scanned with OKEN Scanner

3.9.7. Accidente rutiere

În trecut se consuma mai ales vin (cu concentraţie în alcool de 10-11%), băuturile concentrate găsindu-se în cantităţi mai mici şi fiind mult mai scumpe. Accesibilitatea îngreunată determina un caracter sporadic al consumului excesiv de alcool. Când ajungea beat, omul adormit în căruţă, era dus acasă de caii săi care cunoşteau drumul, fără riscul accidentelor rutiere care se petrec astăzi în traficul intens de vehicule cu motor.

Pe şosele, conducătorul care a ingerat drogul psihotrop are o tendinţă marcată de a uita că nu este singur. De aici excesul de viteză, depăşiri fără asigurare, nerespectarea regulilor de prioritate, factori frecvenţi în provocarea accidentelor rutiere.

Alcoolul determină şi o stare de excitaţie, când subiectul devine impulsiv, exacerbând autoîncrederea, ceea ce duce la nerespectarea normelor de circulaţie şi securitate a conducerii, în consecinţă la creşterea riscului de accident. Are loc şi o creştere a motilităţii spontane, a nechibzuinţei şi a lipsei de simţ de răspundere.

Accidentul de circulaţie este o adevărată boală a civilizaţiei moderne. El afectează grupa activă de vârstă constituind prima cauză de deces a tinerilor.

În Canada, dintre conducătorii auto accidentaţi mortal în anul 1990, 9,8% au avut o alcoolemie sub 0,8 g/l, 9,1% o alcoolemie de 0,81-1,5 g/l şi 27,3% o alcoolemie de peste 1,5 g/l.* În România, 40% din accidentele atribuite factorului uman sunt cauzate de consumul de alcool[3.23] la 3700 de determinări de alcool efectuate la Institutul medico-legal din Iaşi. Alcoolul a fost prezent în 60% din cazurile de accidente rutiere. 45% dintre accidente s-au produs la alcoolemii sub 1g‰ , 34% la alcoolemii între 1,0 şi 1,5g‰, 15% la alcoolemii între 1,5 şi 2,0 g‰ şi numai 6% peste 2,0 g‰.

---

* Loc. citat pag.204

[3.23] M. Cotrău. Substanţe exogene în geneza accidentelor. Direcţia sanitară a judeţului Iaşi, 1978.

Scanned with OKEN Scanner

Numărul de accidente este maxim la alcoolemii între 1,60 şi 1,80 g‰.(Fig 3.5)

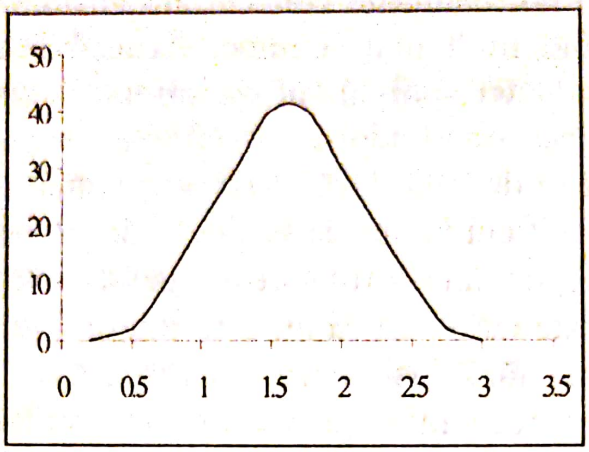


Fig. 3.5. Frecvenţa accidentelor rutiere în funcţie de alcoolemie

Consumul de alcool reduce capacitatea de conducere a autovehiculelor. Întârzierea comenzilor de la accelerare la frânare creşte de două ori la o alcoolemie de 0,50 g‰; de 2-4 ori la o alcoolemie de 1-1,5 g‰; de 3-5 ori la o alcoolemie de 1,5-2 g‰ şi de peste 6 ori la o alcoolemie de 2 g‰. Distanţa parcursă de automobil, din momentul când conducătorul observă pericolul şi până la frânare creşte, în cazul consumului de alcool, în funcţie de viteză şi alcoolemie. Pe lângă aceasta, se produce starea de euforie, alterarea simţului critic cu supraestimarea propriei capacităţi, aprecierea greşită a pericolelor şi distanţelor, îngustarea câmpului vizual şi acuităţii vizuale.

Evaluarea cu precizie a efectelor alcoolului a fost posibilă în urma realizării unor simulatoare la care se derulează un film al drumului pe care apar diferite evenimente şi „conducătorul auto" trebuie să acţioneze corespunzător.

Alcoolul are consecinţe nefaste şi asupra pietonilor. Aproximativ 25% din totalul pietonilor accidentaţi în circulaţia rutieră erau sub influenţa băuturilor alcoolice.

Scanned with OKEN Scanner

Nivelul alcoolemiei

Majoritatea ţărilor industrializate au adoptat principiul unui nivel legal al alcoolemiei, peste care un conducător auto comite o infracţiune.

După nivelul legal al alcoolemiei, ţările se pot clasa în trei grupe:

Nivel mai mic de 0,5g/litru:

Australia, Bulgaria, Finlanda, Franţa, Grecia, Ungaria, Israel, Japonia, Norvegia, Polonia, Rusia.

Nivel mai mic de 0,2 g/l:

Suedia

Nivel inferior sau egal cu 0,8 g/l:

Africa de Sud, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Germania, România*, Spania, Statele Unite.

În Uniunea Europeană, controalele, tehnicile de control şi sancţiunile variază de la o ţară la alta. Controalele preventive nu sunt încă generalizate. Depistarea alcoolului în aerul expirat nu este obligatorie în toate ţările. Depistarea urmată de verificare sunt practicate în general după infracţiuni şi accidente grave.

În România, conform ordonanţei de urgenţă nr. 195/2002, stabilirea concentraţiei de alcool în sânge se face în instituţiile medico-legale iar în aerul expirat de către poliţia specializată cu ajutorul unui mijloc tehnic certificat. Conducătorul auto testat cu un mijloc tehnic poate solicita şi recoltarea probelor biologice în vederea stabilirii alcoolemiei.

Conducerea unui autovehicul de către o persoană cu o îmbibiţie alcoolică de peste 0,8 g/l alcool pur în sânge sau de peste 0,4 mg/l în aerul expirat se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 5 ani. Dacă persoana efectuează un transport public de persoane ori transportă substanţe sau produse periculoase, pedeapsa este închisoare de la 2 la 7 ani.

În ţările Uniunii Europene se aplică pedepse diferite: de la amendă şi/sau reţinerea de puncte (Franţa, Anglia, Germania) la

* După ordonanţa de urgenţă 195/2002. Înainte a fost 0,5 g/litru. Pentru expirat este prevăzut un nivel maxim de 0,4 mg/l.

Scanned with OKEN Scanner

suspendarea sau anularea permisului de conducere, imobilizarea vehiculului (Spania, Franţa), înscrierea în cazier judiciar (Italia), până la închisoare (Suedia).

Accidentele rutiere reprezintă una din principalele probleme de sănătate publică ale societăţii noastre. De aceea cunoaşterea adevăratelor cauze şi combaterea atitudinii fataliste sunt premise pentru scăderea morbidităţii şi mortalităţii cauzate de traficul rutier.

Alcoolul are efecte de asemenea importante şi asupra capacităţii de pilotare a unui avion. Se estimează că 30% din piloţii unui avion privat care au avut accidente mortale au consumat alcool. Riscurile şi răspunderile pentru aviaţia civilă sunt şi mai mari. În SUA piloţii nu trebuie să consume alcool 8 ore înaintea unui zbor, iar alcoolemia lor nu trebuie să depăşească 0,04 g/l.

Acoolismul ameninţă şi securitatea nautică. În SUA 50% dintre persoanele care au avut un accident conducând o ambarcaţiune au băut. În California alcoolismul este cauza a 59% din accidentele bărcilor cu motor.

3.9.8. Alcoolul şi accidentele de muncă

Alcoolul deprimă activitatea nervoasă şi micşorează toate posibilităţile de realizare a fiinţei umane. Orice cantitate de alcool determină o scădere a capacităţii de execuţie mai ales la componentele funcţionale unde participă memoria şi judecata şi dexteritatea manuală.

Sunt afectate atât mişcările semiautomate, cât şi cele coordonate pentru gesturi precise. Perturbarea lor este datorată măririi timpului afectat diferitelor acţiuni.

De exemplu timpul de reacţie la lumină, în urma consumului de alcool se prelungeşte cu 30% iar cel pentru sunet cu 38%. Ingerarea a 10 ml de alcool afectează simţurile, a 25 ml tulbură echilibrul, iar a 30 ml micşorează reflexele.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul alcoolului în producerea accidentelor de muncă constă mai ales în subestimarea de către beţiv a influenţei alcoolului asupra capacităţii de execuţie. Subiectul exacerbează autoîncredrea, fapt ce duce la nerespectarea normelor de securitate a muncii sau de circulaţie, cu creşterea riscului de accidente. Se produce totodată o creştere a motilităţii spontane, a nechibzuinţei şi a lipsei de simţ de răspundere.

Subiectul suferă de o infirmitate complexă cu manifestări deosebite asupra atenţiei, capacităţii de adaptare şi prudenţei.

Mişcările semiautomate, ca şi cele coordonate, sunt afectate, timpul necesar executării lor prelungindu-se.

Într-un experiment s-a constatat o creştere cu 35% a erorilor făcute de dactilografe după consumarea a 30 ml de coniac, faţă de lotul martor.

Surprinzător, frecvenţa accidentelor de muncă este invers proporţională cu alcoolemia (concentraţia alcoolului în sânge). La persoanele cu alcoolemii între 0,5 şi 1g‰ frecvenţa accidentelor de muncă este de 30%, iar la cele cu peste 1,0 g‰ scade la aproximativ jumătate, 14%, pentru că la astfel de concentraţii de alcool, la care manifestările intoxicaţiei etilice sunt evidente, subiectul nu se mai prezintă la lucru sau este respins la triaj.

Consumul de alcool poate fi implicat în 25% din accidentele industriale. De exemplu, de 15-25% din accidentele industriale din Franţa este răspunzător alcoolul, iar în Polonia de 8-25%.[3.24]

Informaţii culese de OMS din diferite ţări arată că accidentele (altele decât cele rutiere) pot contribui în mare măsură la morbiditatea şi mortalitatea datorate consumului de alcool. În Canada, de exemplu, alcoolul joacă un rol în 40% din decesele prin căderi accidentale, 30% din decesele prin incendii şi 30% din decesele prin înec. În SUA cifrele corespunzătoare sunt de 28% pentru decesele prin căderi, 45% prin incedii şi 34% prin înec. La

---

[3.24] M. Henderson, G. Hutcheson, J. Davies, Alcohol and the workplace, WHO (OMS), Regional Publications 1996.

Scanned with OKEN Scanner

acestea se adugă risipa materiilor prime, deteriorarea sculelor şi scăderea calităţii produsului.

Studii efectuate în multe ţări au arătat că persoanele rănite, care se adresează serviciilor de urgenţă, au o alcoolemie ridicată comparativ cu persoanele aduse nerănite la aceleaşi servicii, în aceeaşi perioadă. De exemplu, în Mexic 11% dintre cele rănite aveau o alcoolemie de peste 1g/l în timp ce numai 2% din cele nerănite atingeau acelaşi nivel.

Accidentele de muncă sunt asociate cu absenteismul şi productivitatea redusă care contribuie la costuri. Dar şi părăsirea prematură a locului de muncă (datorată accidentelor) este păguboasă, întrucât investiţiile în formarea salariatului nu se mai recuperează.[3.25]

Costurile absenteismului induse de consumul de alcool în Anglia se ridică la 799,3 milioane de lire. În SUA s-au pierdut într-un singur an 30 milioane de zile de lucru datorită beţiei; o scădere cu 4-5% a productivităţii muncii la persoanele care au băut moderat şi cu 15-30% după ebrietate.

Efectele negative ale alcoolului sunt resimţite pe plan economic şi după eliminarea sa din organism. Aceasta se probează prin faptul că accidentele de muncă sunt mai numeroase în zilele de luni (25%) faţă de cele din alte zile (13%).

3.9.9. Alcoolul şi violenţa

Consumul excesiv de alcool duce la autoviolenţă şi violenţa împotriva altora, ca: sinuciderile, violenţa familială, alte tipuri de violenţă în care intră furturile şi violurile. Toate formele de violenţă, de la vătămări fizice până la omucidere atestă relaţia dintre alcoolism şi comportamentul antisocial.

La sfârşitul secolului al XIX-lea profesorul Constantin Istrati scria în „o pagină din Istoria Contemporană a României":

[3.25] J. Morawski et al. Economic costs of alcohol abuse in the negative social consequences of alcohol use. Oslo. Ministerul Norvegian al Sănătăţii şi Afacerilor Sociale, 1991

Scanned with OKEN Scanner

„ Bunătatea, ospitalitatea bătrânească s-a schimbat la mulţi în dispreţ sau ură pentru tot ce-i înconjoară, au devenit mincinoşi, vindicativi, beţivi la culme, beţivi până vând totul pentru a-şi da momente de plăcere false şi costisitoare pungii şi sănătăţii lor; momente de plăcere în care pumnul sau bâta găsesc adesea un obstacol de învins, în capul femeii, copilului sau vecinului.

Ce devine procreaţia, onestitatea, forţa, munca, şi grija economică pentru pământul şi vitele sale în aceste condiţiuni, lesne se poate pricepe".

Alcoolul influenţează direct comportamentul în funcţie de alcoolemie. S-a constatat că alcoolemiile mari sunt mai frecvent însoţite de acte de violenţă decât alcoolemiile mici dar alcoolemiile foarte mari, datorită stării de ebrietate pe care o generează, provoacă rar acte de agresivitate. S-a observat că agresivitatea este mai mare când alcoolemia este în creştere decât atunci când este staţionară sau în scădere. Fiecare individ, însă, reacţionează diferit la aceeaşi doză de alcool.

Statistic s-a constatat că peste 70% din actele de agresiune şi moarte violentă au fost săvârşite de persoane în stare de ebrietate.[3.26] Alcoolul a fost pus în evidenţă la 45-60% din victime, ceea ce înseamnă că în multe acte de violenţă, inclusiv omucideri, victima nu este pasivă; ea poate fi agresivă, înarmată, prima care atacă.

Diferite studii arată că:

- aproape 50% din violatori erau beţi când au comis violul,
- aproape 40% din populaţia penitenciarelor are o tendinţă spre abuzul de alcool.
- aproape 50% din omucideri sunt asociate cu un consum excesiv de alcool, acut sau cronic.

[3.26] A. Romelsjö. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Alcohol and violence. Oxford Medical Publications.

Scanned with OKEN Scanner

După date mai noi, în Canada 30% din sinucideri şi 60% din omucideri sunt cauzate de alcool. În fosta URSS peste 60% din omucideri au fost comise de persoane în stare de ebrietate.

Relaţia netă între cantitatea de alcool consumată şi moartea prin violenţă, atât accidentală, cât şi intenţionată, este mai puternică decât toate relaţiile dintre băutură şi moarte la tineri.

În figura 3.6 este prezentată relaţia dintre cantitatea de alcool băută şi numărul de morţi prin violenţă sau altfel, la un eşantion de tineri suedezi urmărit timp de 15 ani la vârsta de 18 sau 19 ani.

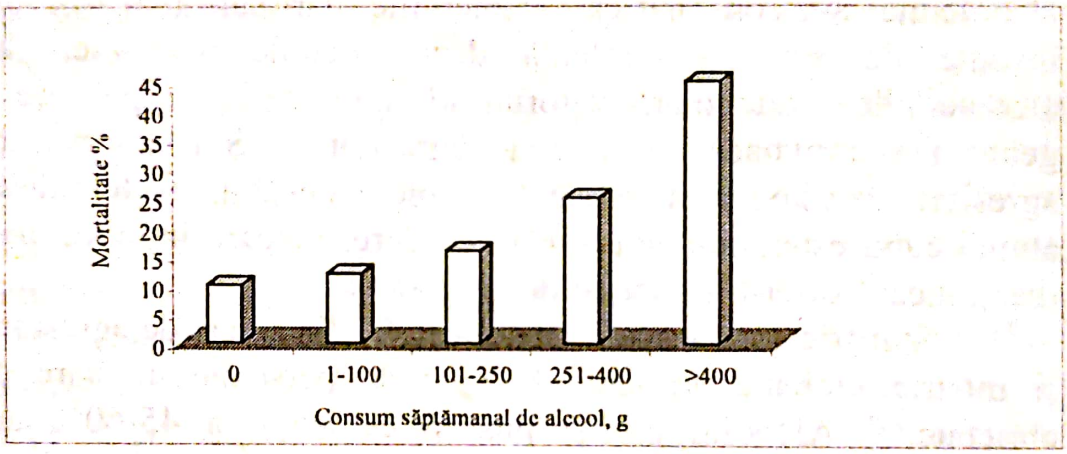


Fig. 3.6. Mortalitatea la tineri recruţi suedezi, prin violenţă, în funcţie de consumul de alcool, observată pe o perioadă de 15 ani

Din 100 de alcoolici, 47 decedează din cauza efectelor dăunătoare ale alcoolismului asupra sănătăţii, 18 prin omucidere, 17 prin accident, 11 prin sinucidere şi numai 7 mor de moarte naturală.[3.27]

Violenţa în familie

Majoritatea teoriilor asupra violenţei în familie nu includ alcoolismul. Totuşi unele studii empirice dau informaţii asupra

[3.27] E. Glucksman. Alcohol and acohol problems. Alcohol and crime. *British Medical Bulletin*, 1994, vol.50, 1,76-84

Scanned with OKEN Scanner

consumului de alcool în relaţie cu soţia bătută. Un studiu din Statele Unite asupra a 2000 de cupluri arată că acest tip de violenţă există la 2,1% din cupluri în care soţul nu bea niciodată şi la 30,8% unde soţul bea foarte des. O analiză efectuată plecând de la rapoartele poliţiei evidenţiază că în 43% din disputele conjugale cu violenţă atât soţia cât şi soţul băuseră, în 44% numai agresorul băuse, iar în 13% din cazuri numai victima băuse. Într-un alt studiu realizat tot pe baza rapoartelor poliţiei se arată că din disputele familiale, care în proporţia de 70% privesc soţia şi soţul, 46% din cazuri sunt asociate alcoolului* (drog legal) sau drogurilor ilegale.

Implicarea alcoolului în maltratarea copiilor este inferioară celei a maltratării femeii. Se estimează că alcoolul este implicat în 25-50% din cazurile de maltratare a femeii şi în 20% din cele de maltratare a copiilor.

3.9.10. Alcoolul şi locul de muncă

La muncile grele sau muncile efectuate la cald sau la frig, sau la muncile cu ritm rapid băuturile alcoolice sunt consumate cu plăcere pentru a „lupta cu setea, oboseala etc." de către persoane care ignoră efectele acestor produse asupra organismului.

Lucrătorii cu anumite profesii ca acelea legate direct de producţia şi comercializarea băuturilor alcoolice, sunt cu deosebire expuşi: viticultori, lucrători în vinificaţie, barmani, bucătari, etc. sau cei cu o ocupaţie intermitentă ca în construcţii, marină, pescuit, etc.

Stressul, excesul de responsabilitate, inadaptarea (mai ales la o anumită vârstă în faţa unor tehnici noi), teama de şomaj, un

---

* Este semnificativă ştirea „...Aflat sub influenţa băuturilor alcoolice, gelos pe soţie, Tudorache a aşteptat ca ea să adoarmă după care a turnat benzină peste ea şi peste copil dându-le foc". Criminalul este numit piroman şi nu alcoolic. Nu se menţionează faptul că gelozia era una din manifestările alcoolismului. *Adevărul*, 12.06.2003

Scanned with OKEN Scanner

climat de neîncredere la anumite locuri de muncă sunt factori de anxietate care pot favoriza recurgerea la alcool, ca şi la alte droguri: tutun, medicamente psihotrope.

În întreprinderi muncitorul care a consumat alcool este înclinat să încalce regulile de protecţie a muncii, să neglijeze precauţii elementare, minimalizând pericolul pentru el şi pentru alţii.

Există şi condiţii de viaţă penibile care ţin de sărăcie, lipsa unei locuinţe, şomaj, dezrădăcinare, izolare, pensionare, condiţii care pot favoriza recurgerea la băuturi alcoolice.

Nivelul alcoolemiei, ideal şi recomandat în timpul lucrului, este de 0,0‰. Cu un nivel de alcoolemie de 0,3‰, capacitatea de reacţie şi de concentrare, rezistenţa la oboseală şi vederea scad considerabil.

În 20-25% din toate accidentele de muncă s-a consumat mai înainte alcool sau alt drog. Consumatorii moderaţi şi ocazionali sunt responsabili de 70-80% din incidentele datorate consumului de alcool (accidente, certuri, absenteism, delicte), deoarece ei sunt mai numeroşi.

Prin scăderea productivităţii muncii, absenteism, îmbolnăvire mai frecventă, datorate consumului de alcool, este afectată eficienţa întreprinderilor.

Dacă un angajat suferă de alcoolism este problema sa, dar ea poate deveni şi aceea a colegilor, dacă consecinţele bolii lui au repercusiuni asupra activităţii sale profesionale. Atunci se impun măsuri pe plan uman şi financiar.

Concendierea nu este o soluţie nici pentru întreprindere, nici pentru angajat. Prin concediere i se ia bolnavului de alcoolism ultimul sprijin şi dorinţa de a învinge boala. În plus, nu i se spune decât rareori motivul îndepărtării. Este de preferat ca persoanei bolnave să i se ofere posibilitatea de a-şi lua în propriile mâini problema dependenţei de alcool pentru ca să regăsească sănătatea şi capacitatea profesională.

Scanned with OKEN Scanner

Ideal este însă de a putea acţiona cât mai curând posibil pentru a putea anticipa gravele dificultăţi personale şi profesionale provocate de alcool.

La 3-4 februarie 1998 a avut loc la Geneva o reuniune a experţilor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii şi Programul Naţiunilor Unite pentru controlul internaţional al drogurilor, care au discutat un raport pregătit de Biroul Internaţional al muncii, Centrul Canadian*. S-a examinat şi un program în cadrul căruia au fost elaborate metode noi pentru combaterea alcoolismului la locul de muncă, mai ales printr-o intervenţie sporită a angajaţilor, în cooperare cu sindicatele.

În cadrul acestui program salariaţii au fost împărţiţi după un sistem de semafor de circulaţie: cei care sunt în zona verde nu au probleme, cei care sunt în zona galbenă au nevoie de un ajutor preventiv, de exemplu sub formă de sfaturi, şi cei din zona roşie au nevoie de o terapie şi de un ajutor de readaptare. Acest program este axat în special pe prevenţie. În general întreprinderile vin în ajutorul muncitorilor atinşi deja punându-le la dispoziţie servicii de consult şi de orientare către tratament şi programe de readaptare.

Într-un studiu realizat după cinci ani de la lansarea programului, în 38 de întreprinderi (cu aproximativ 125000 de salariaţi) se arată că în mai mult de jumătate dintre ele s-a produs o reducere a problemelor alcoolismului: un recul al absenteismului, întârzierilor şi indisciplinei; s-a produs o ameliorare a calităţii muncii, o creştere a productivităţii şi beneficiilor întreprinderii, ameliorarea calităţii vieţii muncitorilor şi a familiilor lor.

---

* Substance Abuse and the Workplace, decembrie 1997

Scanned with OKEN Scanner

3.10. PREVENIREA ALCOOLISMULUI

3.10.1.Prevenirea alcoolismului în Europa

Folosirea îndelungată a băuturilor alcoolice a permis cunoaşterea efectelor lor negative şi luarea unor măsuri de prevenire a acestora.

Conform tradiţiei, primul care a luat o măsură radicală a fost Burebista, care a dat ordin să fie desfiinţată cultura viţei de vie.

Un al doilea moment important a fost interzicerea consumului oricărei substanţe care ar fi putut dăuna purităţii sufletului (în special a vinului) de către Mohamed în secolul al VII-lea d.Hr.

În Statele Unite ale Americii în a doua parte a secolului al XVIII-lea se foloseşte termenul de alcoolism pentru o maladie la care singurul tratament este abstinenţa. În secolul următor termenul este răspândit în Europa (definit de Magnus Hiss). Se construiesc azile pentru alcoolici.

În ţările latine viticole, consumul uzual de vin era considerat normal. Încă nu se vorbea de dependenţă, ci mai adesea de pasiuni de a bea sau de „obiceiuri funeste"

În 1819, Rayer a descoperit originea permanentă a *Delirium Tremens* pentru care s-a propus de către Reber un tratament cu opium.

În 1898 ideea de alcoolo-dependenţă se generalizează. Se vorbeşte de obişnuinţă, de produse toxice şi de nevoia irezistibilă de a bea.

Renumitul isoric Xenopol, profesor la Universitatea din Iaşi, spunea la 1900 într-o scrisoare adresată lui Mina Minovici*:

„Totdeauna m-am mirat de un lucru: cum se face că statul care priveghează vinderea otrăvurilor celor-l'alte, să se

---

* A.D.Xenopol, Scrisoare către prof. Dr. M. Minovoici. *Antialcoolul*, 1, 1, pag.3, 1900.

Scanned with OKEN Scanner

dezintereseze de aceea a alcoolului care şi el nu este decât o otravă".

Lupta împotriva alcoolismului de la sfârşitul secolului al XIX-lea a luat naştere în morala socială sub acoperământul igienei politice: *„Alcoolismul este propiu epocii noastre, el este legat de mizerie, de excesul de muncă, de calitatea proastă a alcoolurilor."*

În 1918 apar societăţi de „patronaj" şi de „cumpătare".

Se trece începând din 1950 la servicii pentru alcoolici în spitalele generale. Se creează centre de îngrijiri specializate şi se amenajează secţii speciale de dezintoxicare şi reeducare a alcoolicilor.

Între 1940 şi 1960 s-au dezvoltat două curente: unul cuprinzând programe de cercetare în domeniul sănătăţii mintale realizat de profesionişti folosind angajaţii unei întreprinderi şi altul cuprinzând programe de ajutor al alcoolicilor din întreprindere, aplicate de alcoolicii readaptaţi.

În cele de până aici au fost prezentate mai ales măsuri de vindecare de alcoolism şi mai puţin de prevenire a alcoolismului. Au existat însă, mai ales, acţiuni de conştientizare a populaţiei prin tipărituri. Un exemplu este cartea lui Kessel şi Walton[3.28] tipărită începând din 1965 în foarte multe ediţii şi tradusă în câteva limbi.

Presa europeană avea rezervate rubrici despre alcoolism şi publica seriale privind prevenirea şi combaterea alcoolismului. Reproducerea unei gravuri (fig.3.7) după The Times este edificatoare.[3.29]

În 1948 a fost creată Organizaţia Mondială a Sănătăţii, instituţie specializată a Naţiunilor Unite care îşi asumă responsabilitatea pe plan internaţional.

[3.28] N. Kessel, H. Walton, Alcoholism, Penguin Books ltd, Harmonds worth, Middlesex, 1975

[3.29] D. van der Vat, Hereditary factor among drinkers is identified, *The Times*, 19, 08, 1981

Scanned with OKEN Scanner

Alcohol and the British: 2

Not a new problem : From an engraving of 1867.

Hereditary factor among drinkers is identified

By Dan van der Vat

Doctors and journalists have at least two things in common. They are expected to know all the answers in the fields they cover but seldom if ever manage it ; and many tend to overindulge in alcohol (in which they are comfortably surpassed by company directors, publicans, military officers, public entertainers, seamen and cooks).

The medical profession is, understandably, relied on more than any other source for its opinion and advice on the uses and abuses of drink.

Since abuse of alcohol is a wound society has inflicted upon itself, dependence on the

both men and women", he said. As women are about twice as vulnerable as men to physical damage from alcohol because of their different physical composition (notably the amount of fat in the body), a woman with HLA-B8 would be particularly sensitive to the toxic effect; of alcohol and would be damaged more readily.

It is sad but true that susceptibility to bodily, and perhaps certain kinds of mental, damage from alcohol is one of those irreducible differences between women and men which the liberationists cannot argue away and would be foolish to ignore. A man's tolerance is

Fig.3.7

Scanned with OKEN Scanner

Prin intermediul OMS specialiştii în domeniul sănătăţii publice din peste 180 de ţări schimbă cunoştinţe şi îşi confruntă experienţa pentru ca toţi locuitorii să se bucure de un nivel de sănătate care să le permită să ducă o viaţă economică şi socială productivă.

Biroul general al Europei este unul din cele 10 birouri regionale ale OMS repartizate în toată lumea. Programul european al OMS este axat pe de o parte pe problemele proprii societăţii industriale şi postindustriale, iar pe de altă parte pe problemele întâlnite în noile democraţii din Europa centrală şi orientală sau din ţările care au făcut parte din fosta URSS.

Problemele legate de alcool au cauze numeroase, survin în situaţii diferite şi afectează persoane de diferite tipuri. De aceea răspunsul la aceste probleme trebuie să fie global. Prevenirea foloseşte o multitudine de profesionişti.

În 1980 comitetul de experţi al OMS a subliniat necesitatea punerii la punct a metodelor eficiente pentru detectarea persoanelor care consumă cantităţi periculoase de alcool înainte de apariţia consecinţelor sanitare şi sociale. S-au elaborat strategii susceptibile de a fi aplicate în timp scurt şi cu minimum de resurse (pag. 311)

În 1992, Comitetul regional al OMS[3.30] pentru Europa a elaborat Planul de acţiune european contra alcoolismului, care insistă asupra faptului că sistemele de sănătate tradiţionale antrenate în rezolvarea problemelor alcoolului trebuie să joace un rol mai important în detectarea şi prevenirea pericolelor cauzate de alcool.

Identificarea pacienţilor cu consum periculos sau nociv de alcool se poate face cu ajutorul chestionarelor asupra modului de viaţă, în care se introduc şi întrebări referitore la alcool.

Depistarea sistematică a consumului de alcool permite mai ales :

[3.30] P. Anderson, *Alcool et soins de sante primaires*. OMS, Publications regionales, Serie europeene no. 64

Scanned with OKEN Scanner

- Informarea băutorilor asupra pericolelor unui consum ridicat;
- Detectarea problemelor înainte de a se ajunge la o gravă dependenţă de alcool;
- încurajarea pacienţilor de a-şi modifica atitudinea faţă de băuturile alcoolice;
- supunerea persoanelor cu risc la intervenţii scurte dar eficiente.

Pacienţii tind să răspundă cu exactitate la instrumentele de depistare dacă:

- interogatoriul este amical şi neamenințător;
- chestionarele sunt clar legate de starea lor de sănătate;
- pacientul nu este sub influenţa alcoolului sau a drogurilor în momentul depistării;
- informaţiile sunt considerate confidenţiale;
- chestiunile sunt uşor de înţeles.

La băutorii cu risc slab şi la cei care se găsesc sub pragul intervenţiei pentru consum periculos de alcool, rolul agenţilor de îngrijire preventivă constă în principal în acordarea de sfaturi individuale.

Sfaturile şi explicaţiile care urmează au fost puse la punct de către Addiction Research Foundation (Toronto) şi însuşite de majoritatea ţărilor industriale:

1. *Ca regulă generală oamenii nu trebuie să consume mai mult de două pahare standard pe zi.**

Această limită se bazează pe nivelul de consum al bărbaţilor adulţi de constituţie medie şi sănătoşi. Riscul problemelor de sănătate pentru individ este minim dacă consumul său nu depăşeşte acest nivel.

2. *Nivelele inferioare se impun la anumite grupe.*

---

* În SUA un pahar standard conţine în jur de 12 g alcool pur. În Europa, el conţine în jur de 10 g alcool pur.

Scanned with OKEN Scanner

Limitele inferioare depind de masele corporale, de compoziţie şi de metabolism. Chiar o doză pe zi poate creşte riscul de cancer de sân la femei.

3. Persoanele care nu beau în prezent nu trebuie să înceapă să bea pentru a reduce riscul de a avea probleme de sănătate.

4. Persoanele care nu beau în fiecare zi nu trebuie să-şi mărească consumul pentru a reduce riscul de a avea probleme de sănătate.

Reducerea riscului global legat de consumul de alcool este într-adevăr limitat la nivelele joase de consum.

5. Persoanele care beau mai mult de două doze pe zi trebuie să reducă consumul lor de alcool.

Limitarea la două doze pe zi poate fi propusă în sfaturile individuale şi intervenţiile clinice care urmăresc reducerea unui consum ce depăşeşte plafonul de risc inferior. Persoanele care consumă mai mult au puţine şanse de a obţine o reducere suplimentară a riscului de cardiopatie coronariană.

6. Pentru a minimiza riscul dependenţei, este necesară abţinerea de la băutură cel puţin o dată pe săptămână.

Numeroase studii au arătat că există o legătură între consumul cotidian şi consumul ridicat.

7. Persoanele care consumă alcool trebuie să evite să bea până la intoxicaţie.

Ajungerea la intoxicaţie măreşte considerabil riscul problemelor sanitare şi sociale.

8. Femeile însărcinate trebuie să se abţină de la băutură.

Această recomandare ţine cont de embriofetopatia alcoolică şi de alcoolismul fetal.(pag 264).

9. Folosirea băuturilor alcoolice este contraindicată în anumite alte circumstanţe şi la anumite persoane, mai ales la cele care:

- Suferă de tulburări psihologice şi psihice,
- Iau anumite medicamente sau substanţe psihotrope,
- Conduc vehicule sau maşini,

Scanned with OKEN Scanner

- Fac dovada unei incapacităţi persistente de a-şi controla consumul,
- Nu au dreptul prin lege de a consuma alcool (vârsta minimă neatinsă).

Medicul de familie poate pune în evidenţă factorii care sunt contraindicaţi la consumul de alcool. Se pot discerne de asemenea medicamentele care pot interacţiona cu alcoolul.

Alcoolul este o cauză frecventă a stress-ului în familie şi de aceea membrii familiei şi prietenii beţivului trebuie ajutaţi să prevină consecinţele nefaste ale consumului său de alcool.

Cadrul familial este important în prevenirea alcoolismului dacă este conectat la acţiunea comunităţii locale. Metodele de prevenire, cele mai promiţătoare, sunt cele care răspund politicilor locale în domeniul alcoolului, cum sunt cele care recurg la fiscalitate, la limitarea accesului fizic la alcool şi la restricţii asupra publicităţii.

Prevenirea alcoolismului prin afişe

Lupta contra alcoolismului a început în Franţa unde Liga naţională contra alcoolismului a folosit „l'estampe" pentru combaterea progreselor continue şi efectelor dezastruoase ale beţiei (statutul din 1873). Catalogul din 1938 cuprindea un număr impresionant de 40 de afişe alb-negru sau color.

Afişele, veritabile lecţii de morală explică tuturor că „alcoolul omoară", că el „este cel mai redutabil duşman al familiei" şi că „el ameninţă copiii".

La începutul anilor '50, multe evenimente au favorizat trecerea la un antialcoolism mai activ faţă de trecut . Se schimbă optica faţă de alcoolism: este mai puţin un viciu şi mai mult o boală. Se produce o conştientizare pe plan politic şi social. Ia fiinţă Înaltul comitet de studii şi informare asupra alcoolismului în 1954, iar Liga naţională contra alcoolismului se restructurează devenind Comitetul de apărare contra alcoolismului. Primele campanii de afişaj au început în toamna anului 1955 în autobuze şi în metroul parizian după care s-au extins şi în provincie ca şi la

Scanned with OKEN Scanner

căile ferate. Paralel efortul a fost îndreptat şi asupra afişajului rutier. 75000 de afişe au fost difuzate militarilor.

În diverse campanii obiectivul a fost întotdeauna acelaşi: să prindă la public conştiinţa că „performanţa este în primul rând sobrietatea (abstinenţa), că trebuie să ştii să bei puţin şi bun" şi să faci „uz de băuturile alcoolice cu moderaţie, în limitele admise de medici". Între 1950 şi 1961 au fost difuzate 482000 de afişe nu numai în campanii, ci şi cu ocazia unor acţiuni ale centrelor medico-sociale, expoziţiilor sau numeroaselor concursuri şcolare.

Belgia, ca şi Franţa are o lungă tradiţie în folosirea afişelor ca mijloace de prevenire a exceselor de alcool. Primele societăţi contra alcoolismului, ca Liga patriotică contra alcoolismului cu 3000 de membri în 1904 marcau marea teamă de degenerescenţă şi depopulare; „Alcoolismul este sfârşitul unei rase" cum anunţa Liga naţională belgiană contra tuberculozei (1921), iar mai târziu, cu ocazia zilelor şcolare antialcoolice sub patronajul ministerului instrucţiunii publice, se sublinia că alcoolismul trebuie denunţat „peste tot şi de către toţi" (1950) pentru că „ la fundul unui pahar, se uită onoarea, munca, sănătatea, familia"(1951).

Elveţia a recurs mai rar la afişe pentru prevenirea alcoolismului. Pentru afişe difuzate în mediul şcolar Secretariatul antialcoolic elveţian a folosit vechi reproduceri artistice şi mai puţin afişe profesioanale.

Până la al II-lea război mondial, folosirea băuturilor alcoolice a fost moderată la Québec. Antialcoolismul s-a dezvoltat la mijlocul secolului XIX-lea sub impulsul Bisericii Catolice. Către 1900 numeroase asociaţii caritabile s-au implicat în combaterea alcoolului, care s-a radicalizat până la prohibiţie.

În Canada, Franţa, Belgia, Elveţia etc., problema alcoolului la volan este o prioritate veche. Campanii de prevenire au fost lansate de către Societatea de asigurare a automobilelor din Québec, organism de drept public însărcinat cu *„protejarea persoanelor contra riscului legat de folosirea şoselelor"* care a dezvoltat ideea: *„Alcoolul la volan este criminal"*

Scanned with OKEN Scanner

3.10.2. Prevenirea alcoolismului în România

Deşi alcoolismul a fost definit în Europa abia la 1850, în România se publică lucrări, chiar teze de doctorat[3.31], începând din partea a doua a secolului al XIX-lea privind consumul băuturilor alcoolice, nocivitatea acestora şi combaterea alcoolismului[3.12,3.32, 3.34]

În 1901, Possa[3.13] spunea că:

„Sunt aproape 30 de ani de când s-a început a scrie în România împotriva alcoolismului , dar fără un plan bine conceput, discutat şi aprobat de o societate de persoane devotate cauzei antialcoolice. Persoane bine intenţionate au scris broşuri şi articole, din timp în timp şi fără continuitate, ceea ce nu a trezit interesul publicului până în 1894, când lupta devine mai îndârjită datorită unui număr mare de persoane devotate, care lucrează continuu după un plan bine studiat urmând exemplul altor ţări.[3.34]

Domnul P.S. Aurelian a scris multe articole contra alcoolismului în „Revista ştiinţifică" din Bucureşti începând din 1870 timp de mai mulţi ani, până la dispariţia acestei reviste. *În anul 1875 a publicat în broşură [3.35] gândurile sale antialcoolice sub titlul „Tera nostra".*

Domnul profesor Dr. Şutzu a scris de asemenea multe articole în „Gazeta medico-chirurgicală" din Bucureşti, din 1872 până în 1878".

Adevărata societate de propagandă *„Liga antialcoolică",* a fost fondată la Iaşi la 14 martie 1897 sub preşedenţia domnului A.D. Xenopol, rectorul Universităţii din Iaşi şi istoriograf bine cunoscut, având ca secretar pe A.C. Cuza, sufletul ligii. În biroul

---

[3.31] G. Miletiiu:„L' Alcoolisme", Thèse pour le doctorat en medicine, No. 8, Bucarest 1881.

[3.32] D.R. Mihăilescu, Alcoolismul în România: cauze şi efecte. Tipografia Epoca, Bucureşti 1896

[3.33] Gh. Thiron, Carte contra beţici (antologie), Casa Şcoalelor, Biblioteca antialcoolică, Bucureşti, 1900

[3.34] Dr. Elefteresciu – Muşatescu-Argeş, Despre beutori şi relele alcoolismului în poporul nostru. Tipografia Al. Valescu, 1908

[3.35] P.S.Aurelian, Tera nostra, Bucureşti , 1875

Scanned with OKEN Scanner

de constituire au figurat persoane marcante, atât de la Iaşi cât şi de la Bucureşti.

La 10 mai 1900 apărea revista lunară *„Antialcoolul"* sub conducerea profesorului Dr. M. Minovici la Bucureşti. Din acest moment liga antialcoolică din Iaşi a devenit *„Liga română antialcoolică, secţia Iaşi-Bucureşti"*, sub direcţia profesorului Mina Minovici, întemeietorul medicinii legale româneşti, care a făcut mari sacrificii personale. Liga antialcoolică şi-a schimbat ulterior numele în *„Liga naţională de temperanţă"*. La această revistă au colaborat mari savanţi români, conştienţi de pericolul alcoolismului şi mânaţi de dorinţa patriotică de a contribui la combaterea sa: Şt. Stâncă, I. Felix, L. Ghelerter, V.Babeş. Gh. Marinescu, C.I. Parhon, N. Lupu cărora li s-au alăturat şi scriitori şi savanţi ca I. Agârbiceanu, George Coşbuc şi Nicolae Iorga.

Pe coperta revistei era un citat din Ch. Darwin: „ Din observaţiile noastre , ale tatălui şi bunicului meu, care datează de mai mult de un secol, rezultă că nu există o cauză de suferinţă, de boală şi de mizerie mai puternică decât alcoolismul."

Liga a acţionat cu energie la pregătirea generaţiei de tineri şcolari pentru abstinenţă inoculându-le repulsie pentru băuturile alcoolice şi pentru cârciumi.

Iată ce a solicitat Liga română antialcoolică de la Stat ca iniţiativă privată:

Învăţământ antialcoolic obligatoriu în şcoli;

Societăţi de cumpătare (temperanţă);

Lucrări imprimate şi conferinţe publice asupra alcoolismului;

Biblioteci populare şi o gazetă pentru sate;

Restricţii la numărul de debite de băuturi alcoolice ;

Închiderea cârciumilor toată ziua, duminicile şi zilele de sărbătoare şi reglementarea programului de vânzare;

Interdicţia vânzării de băuturi alcoolice distilate în cantinele militarilor;

Interzicerea vânzării băuturilor alcoolice la schimb cu obiecte, prin gaj sau pe datorie;

Scanned with OKEN Scanner

Interdicţia plăţii salariilor prin bonuri către cârciumi;

Degrevarea de impozite la unele băuturi higienice;

Impozit pe conţinutul de alcool pentru toate băuturile alcoolice fără excepţie;

Exproprierea tuturor aparatelor de distilat;

Monopolul vânzării alcoolului;

Legi contra beţiei şi pentru combaterea alcoolismului;

Azile pentru alcoolici;

Aplicarea strictă a legilor existente şi a regulamentelor de poliţie sanitară.

Aproape toate propunerile, cu excepţia unora, ca monopolul, s-au aplicat sau erau în curs de aplicare (în 1901). Au apărut două reviste săteşti *„Albina"* şi *„Ghidul sănătăţii"*. Au luat fiinţă două biblioteci: una, *„Biblioteca ligii române antialcoolice"* care a publicat o duzină de numere, dar care, neavând mijloace financiare, nu a putut imprima lucrări pentru a le distribui publicului. A doua bibliotecă antialcoolică, a Ministerului Instrucţiunii publice, a tipărit şi ea o duzină de numere şi trei tablouri (afişe) antialcoolice (în anul 1900) în culori, în câte 10000 de exemplare pentru a fi distribuite şcolilor şi armatei.

Putem spune că societatea civilă era foarte activă la sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea în domeniul prevenirii şi combaterii alcoolismului. Ea era încurajată şi sprijinită şi de autorităţile de stat.

Aceasta explică poate şi faptul că în România consumul de alcool pur pe persoană era în 1880 de 7,5 litri*, mai mic decât în alte ţări europene, de exemplu în Franţa unde era de 22 l/locuitor.

Activitatea intensă a societăţii civile a fost întreruptă de primul război mondial dar a continuat după acesta cu mai mică intensitate. Se tipăresc cărţi cu date noi.[3.36;3.37]

---

* Populaţia României era de 5500000 locuitori

[3.36.] Gr. Nicolau, *Un pericol social: alcoolismul cu toate boalele lui,* Tipografiile Române Unite, Bucureşti, 1925

Scanned with OKEN Scanner

În timpul celui de al II-lea război mondial aceste probleme din nou nu s-au mai pus, iar după război producţia de băuturi alcoolice distilate incluzând pe cele din micile gospodării a fost restricţionată şi controlată. Vânzarea băuturilor alcoolice în magazinele săteşti se făcea după un program riguros, iar în jurul întreprinderilor nu era admisă vânzarea de băuturi alcoolice. În schimb băuturile alcoolice ajunseseră singurul produs care se găsea la discreţie.

S-au publicat lucrări de specialitate[3.38] [3.39] mai ales după 1989.[3.40] [3.41] [3.42]

Societatea civilă, căreia nu i s-a permis să se manifeste până în 1989, după acest an, s-a organizat foarte timid şi are acţiuni foarte limitate de prevenire şi mai mult de sprijinire a alcoolicilor în dorinţa lor de a renunţa la alcool şi mai ales în perioada de sevraj (Alcoolicii anonimi).

Deşi problema alcoolismului a rămas aceeaşi de-a lungul timpului, măsurile au mai evoluat şi consider că astăzi pot fi următoarele:

Măsuri social economice de prevenire a alcoolismului.

- Limitarea producţiei de băuturi alcoolice distilate (concentrate);
- Restrângerea producţiei ilicite;
- Menţinerea unor preţuri ridicate;

[3.37] Gh. Marinescu, *Câteva probleme date de acţiunea nocivă a alcoolului etilic şi metilic. Problema alcoolismului.* Cultura naţională, Bucureşti. 1930

[3.38] T. Banciu, N. Barbu, *Ficatul alcoolic*, Facla, Timişoara, 1982

[3.39] M. Cotrău, *Contribuţii la studiul intoxicaţiei etilice*, Teză de doctorat, Bucureşti, 1967

[3.40] M. Manca. Contribuţii în sistematizarea fenomenologiei clinice, psihopatologice a alcoolomanici. Teza de doctorat, UMF Carol Davilla Bucureşti, 1988

[3.41] R.Vraşti, *Alcoolismul, detecţie, diagnostic şi evaluare*, Editura Timpolis, Timişoara, 2001

[3.42] M. Grunberg, *Contribuţii privind aspectele particulare ale alcoolismului feminin.* Teză de doctorat, UMF, Carol Davilla Bucureşti, 2000

Scanned with OKEN Scanner

- Producerea unor cantităţi sporite şi variate de băuturi nealcoolice şi difuzarea lor largă;
- Interzicerea publicităţii băuturilor alcoolice prin mass-media sau prin etichete sau ambalaje atrăgătoare;
- Restrângerea spaţiilor de expunere a băuturilor alcoolice;
- Interzicerea vânzării băuturilor alcoolice minorilor ;
- Reducerea numărului unităţilor comerciale în care se consumă în exclusivitate băuturi alcoolice şi interzicerea funcţionării lor în vecinătatea şcolilor, căminelor, instituţiilor, întreprinderilor, etc.;
- Interzicerea vânzării de băuturi alcoolice în discoteci;
- Înscrierea de avertismente pe ambalajele băuturilor alcoolice privind consumul lor (ca în cazul ţigaretelor).

3.11. STRATEGII PENTRU REDUCEREA CONSECINŢELOR ALCOOLULUI ASUPRA SĂNĂTĂŢII

Dacă cineva nu poate refuza participarea la o petrecere sau participând nu poate refuza consumul de băuturi alcoolice, fie pentru că nu vrea să strice plăcerea celorlalţi sau plăcerea sa, trebuie totuşi să respecte *măsura*. Aceasta înseamnă să consume câte puţin alcool pe parcursul întregii durate a petrecerii. Să nu-şi astâmpere setea cu bere sau cu vin ci să bea, în paralel cu băuturile alcoolice, multă apă plată sau sucuri de fructe diluate. Să mănânce bine înainte de a bea, pentru ca alcoolul să nu treacă repede prin stomac şi intestin în sânge. Este recomandabil şi consumul de supe concentrate de legume pentru a compensa lipsa de substanţe minerale provocată de diureză.

Dacă cineva nu a reuşit să bea *cu măsură*, trebuie să se oprească şi să nu mai bea decât apă plată şi sucuri de fructe diluate. Nu cafea, ceai negru, cola sau băuturi întăritoare, care

Scanned with OKEN Scanner

măresc efectele negative ale alcoolului. Să se plimbe la aer pentru a restabili circulaţia sângelui. Să mănânce ceva cald şi să se culce. În cazul apariţiei unor manifestări grave ca sufocarea, pierderea parţială a cunoştinţei, transpiraţia rece, palpitaţiile, greaţa, trebuie apelat la salvare.

Îmbătarea trebuie evitată pentru că ea provoacă moartea a mii de celule ale creierului, care nu se mai refac.

Consumul de alcool are efecte nocive directe perturbând funcţionarea psihică şi socială a indivizilor şi este la originea unor patologii, a accidentelor şi sinuciderilor. Pentru reducerea acestor riscuri se pune problema unui prag de nocivitate a consumului de alcool. Definirea acestui prag este un obiectiv major.

Specialiştii sunt astăzi de acord, pe baza datelor disponibile, cu un prag de consum pentru a reduce la minimum riscurile.

Consumurile codificate de către OMS sunt exprimate în unităţi de alcool. Ele sunt curpinse în strategiile de sănătate publică ale multor ţări (între care şi SUA şi Canada) pentru atingerea beneficiilor sanitare. Aceste recomandări trebuie să fie încă modelate în funcţie de greutatea indivizilor sau de anumite situaţii.

Recomandări ale OMS pentru un consum cu risc scăzut

(1 unitate = un pahar standard, 10 g de alcool per unitate sau pe pahar).

Consumuri regulate

Femei: nu mai mult de 2-3 unităţi de alcool în medie pe zi (mai puţin de 14 săptămâni din an)

Bărbaţi : nu mai mult de 3-4 unităţi de alcool în medie pe zi (mai puţin de 21 săptămâni).

Cel puţin o dată pe săptămână fără băutură alcoolică.

Consumuri ocazionale

Nu mai mult de 4 unităţi de alcool la o singură ocazie.

Scanned with OKEN Scanner

Fără alcool în circumstanţele următoare:

- în timpul sarcinii
- în copilărie
- conducerea unui vehicul
- conducerea unei maşini periculoase
- exercitarea unei responsabilităţi care necesită vigilenţă
- folosirea unor medicamente
- în cazul unor boli acute sau cronice (epilepsie, pancreatită, hepatită virală etc.)
- în cazul unui vechi alcoolo-dependent.

În Franţa, pragurile maxime ale unui consum cu risc slab sunt depăşite de o parte importantă a populaţiei. Consumurile declarate sunt considerate subestimate.

Reperele cantitative permit situarea obiectivelor consumului din politica de sănătate între obiectivul ideal al abstinenţei şi dependenţa de alcool. Ele servesc ca ghid pentru acţiuni îndreptate spre populaţia care consumă alcool în mare majoritate (numai 9% între 12 şi 75 de ani sunt abstinenţi).

Nu numai beţia este periculoasă.

Pentru majoritatea oamenilor abuzul de alcool este strict asociat cu ideea de beţie sau dependenţă. Mulţi se scuză pentru a justifica consumul lor spunând:

„Eu beau raţional pentru că nu sunt niciodată beat",

„Nu-mi poate dăuna sănătăţii pentru că eu beau numai vin bun" , „Eu nu beau mult pentru că beau numai în week-end". Există tendinţa de a-şi minimaliza consumul de alcool.

Alcoolul face parte din viaţa cotidiană şi de aceea este considerat ca o băutură obişnuită, ordinară. Este adesea chiar rău perceput faptul de a nu bea în societate, pentru că alcoolul face parte din ritualurile festive. Cu toate acestea alcoolul poate fi dăunător sănătăţii şi poate modifica în sens rău comportamentul la aceste ocazii, chiar dacă nu se ajunge la beţie.

Scanned with OKEN Scanner

3.12. EXISTĂ BENEFICII ALE CONSUMULUI MODERAT ?

Producătorul de băuturi alcoolice acreditează ideea că un consum moderat de alcool este asociat cu o reducere a riscului leziunilor coronariene[3.43]. Pe plan internaţional producătorii încearcă să promoveze alcoolul ca un „aliment" benefic pentru sănătate şi prezintă politicile de reducere generală a consumului de alcool ca inacceptabile întrucât acestea duc la creşterea riscului băutorilor moderaţi. Dar în ultimii ani consumul de alcool a scăzut considerabil în Franţa şi Italia şi a fost însoţit de reducerea importantă a pericolelor legate de alcool. Nu s-au constatat efecte nefaste asupra patologiilor cardiace. Dimpotrivă, mortalitatea prin maladii coronariene a scăzut în Franţa o dată cu reducerea consumului de alcool.

Chiar dacă există o parte de adevăr asupra efectelor benefice ale alcoolului, aceste efecte sunt limitate şi trebuie comparate cu efectele negative. Există un consens ştiinţific asupra punctelor următoare:

- Poate există o reducere a mortalităţii prin maladie coronariană datorată consumului moderat de alcool la subiecţii de vârstă medie şi înaintată, dar nu este sigur că aceasta antrenează şi o creştere a speranţei de viaţă.
- La nivelul populaţiei generale, posibilele efecte protectoare ale alcoolului asupra bolii coronariene sunt mascate de creşterea altor cauze de mortalitate.

Toate naţiunile Uniunii Europene consumă deja doze superioare celor propuse pentru obţinerea efectelor pozitive presupunând că acestea sunt reale.

Nu există probe ale reducerii mortalităţii la populaţiile tinere, ci la ele riscul de mortalitate creşte proporţional cu consumul.

[3.43] *Counter balancing the Drinks Industry-Benefits of Moderate Consumption.* http://www.eurocare.org/counterbalancing.htm

Scanned with OKEN Scanner

La vârstele medii şi înaintate reducerea riscului este mică în comparaţie cu cea care se poate obţine prin alte mijloace ca întreruperea fumatului, practicarea de exerciţii fizice şi un regim dietetic sărac în grăsimi.

Nu există probe care să arate că alcoolul este necesar sănătăţii şi că abstinenţa totală este dăunătoare. Studiile asupra abstinenţilor voluntari arată că ei au o speranţa de viaţă mai lungă decât media.

Banca Mondială estimează la 2 milioane pe an numărul morţilor legaţi de alcool, 5% din total şi că bolile legate de alcool ating 5-10% din populaţia mondială reprezentând 3% din totalul maladiilor.

Aceste estimări sunt mai ridicate în regiunile cu mari consumatori ca ţările europene. În acestea se consideră că aproape 10% din mortalitate este legată de alcool (pag. 209).

Plecând de la aceste consideraţii din revistele de specialitate se poate conchide:

„Toate tentativele de promovare a unui mesaj care încurajează consumul de alcool pentru prevenirea bolii coronariene vor antrena mai multe pericole decât beneficii"

3.13. ALCOOLISMUL FEMININ

3.13.1. Femeile mai vulnerabile decât bărbaţii

S-au constatat diferenţe esenţiale între sexe privind consumul de alcool şi efectele lui fizice. În ţările occidentale tinerele consumă alcool la fel de frecvent ca tinerii dar în cantitate mai mică.

La vârste şi cantităţi egale de alcool , alcoolemia femeii este superioară celei a bărbatului. Explicaţia este dată de faptul că enzima implicată în degradarea alcoolului, alcooldehidrogenaza,

Scanned with OKEN Scanner

are o activitate mai mică la femei[3.44]. Pe de altă parte cantitatea de apă din corpul femeii fiind mai mică, concentraţia în alcool din ţesuturi şi din sânge creşte mai repede la femei decât la bărbaţi. Fluctuaţiile hormonilor ovarieni în timpul ciclului menstrual afectează metabolismul alcoolului. De asemenea contraceptivele orale şi menopauza măresc susceptibilitatea la alcool

Bărbaţii par să tolereze mai bine decât femeile o mare cantitate de alcool absorbită pe zi . Astfel pentru un bărbat sunt suficiente 50 g de alcool pur, echivalentul a 5 pahare de băutură alcoolică (de dimensiuni ce ţin de natura băuturii alcoolice), pentru a deveni alcoolic, în timp ce pentru o femeie sunt necesare 30 g de alcool pur pentru a deveni alcoolică. Aceasta se datoreşte şi faptului că, în general, femeile sunt mai mici decât bărbaţii. De aceea o anumită cantitate de alcool induce la femei o alcoolemie mai importantă.

Ciroza apare mai repede la femei (după 10 ani) decât la bărbaţi (după 15 ani) pentru acelaşi consum zilnic de alcool. Un număr mai mare de femei alcoolice mor de ciroza ficatului decât cel de bărbaţi. Explicaţia acestei sensibilităţi nu este încă clară. Combinarea estrogenilor cu alcoolul ar putea fi periculoasă pentru ficat[3.45]. Fără îndoială femeile trebuie să fie mai prudente faţă de alcool decât bărbaţii, pentru a nu-şi pune viaţa în pericol.

Numărul deceselor, din cauza alcoolului însă, este net superior la bărbaţi (7%) comparativ cu cel al femeilor (2%).

Un consum cronic de alcool măreşte riscul cancerului de sân .[3.46]

O intoxicaţie cronică cu alcool poate fi sursa sterilităţii la femei.

Anxietatea şi depresia se întâlnesc la majoritatea femeilor alcoolice. Aproximativ 80% din femei justifică alcoolismul lor prin existenţa problemelor psiho-afective.

[3.44] J.C. Archambault, A. Chaban., Alcoologie. Masson 1995.

[3.45] M. Frezz., High blood alcohol levels in women . The rol of decreased gastric alcohol consumption. Alcohol dehydrogenase and first-pass metabolism .

[3.46] IR Glass-Crom, *New England Journal of Medecine* 322 (2), 1990, p 95.

Scanned with OKEN Scanner

Aproape 50% dintre femeile alcoolice au avut o încercare de sinucidere. Anumite femei par a fi mai susceptibile, în special cele cu vârstă între 35 şi 49 de ani, femei singure, femei divorţate.

Există diferenţe între bărbaţi şi femei şi de ordin socio-cultural. Consumul de alcool de către tineri este considerat ca o consolidare a imaginii masculine, a virilităţii şi maturităţii. Când o femeie bea mult ea este dezaprobată social şi în consecinţă ea caută să disimuleze dificultăţile prin care trece în loc să solicite un ajutor calificat.

Toate acestea arată, fără îndoială, că femeile trebuie să fie mai prudente faţă de alcool decât bărbaţii, în scopul evitării distrugerii sănătăţii lor.

3.13.2. Sindromul alcoolismului fetal

Placenta care hrăneşte fătul nu joacă în cazul alcoolului rolul de filtru. Alcoolul băut trece în sângele viitoarelor mame în 45 de minute (sau 90 de minute dacă este absorbit în timpul unei mese). Moleculele de alcool fiind mici trec foarte uşor bariera placentei. În câteva ore concentraţia alcoolului în sângele fătului şi lichidul amniotic este sensibil apropiată de cea a mamei. La greutate egală şi un consum identic, femeile au o alcoolemie superioară bărbaţilor datorită diferenţelor de metabolism şi de repartiţie a grăsimilor.[3.47]

Consumul de alcool în timpul sarcinii este periculos întrucât poate provoca o maladie gravă sindromul alcoolismului fetal (SAF) , (Foetal alcohol syndrome, FAS).

SAF este a treia mare cauză a retardării mentale congenitale în lume, iar în America de Nord este considerată principala cauză.

SAF este asociat cu :

[3.47] H. Zeitlin, Alcohol problems. Children with alcohol missing parents. *British medical Bulletin*, 50, nr. 1, 1994, p.139

Scanned with OKEN Scanner

- Malformaţii cranio-faciale cu mici deficienţe ale feţii: ochii mici şi buza superioară subţire sau aplatizată.
- Întârzierea creşterii :copilul este mult mai mic decât alţii.
- Anormalitaţi în sistemul nervos.
- Malformaţii ale organelor interne şi externe

Copiii cu SAF , nu sunt sterili când ajung adulţi. Dacă femeia nu bea dă naştere la copiii sănătoşi.

Prevenirea SAF

Femeia care vrea să devină însărcinată este necesar să înceteze a mai bea imediat. Dacă are dificultăţi în întreruperea consumului de alcool, trebuie să apeleze la o clinică specializată sau la colectivităţi care au programe de ajutorare.[3.48]

Dacă este deja însărcinată trebuie să oprească consumul de alcool şi dacă nu poate, să apeleze la un medic specialist sau la o organizaţie specializată, care să ofere un program convenabil pentru întreruperea băuturii.

Nu se ştie dacă poate fi consumată o anumită cantitate de alcool nepericuloasă pentru femeia gravidă. De aceea este preferabil să nu se consume alcool deloc.

Incidenţa SAF era în jur de 2,1 la 1000 de nou născuţi vii în Europa şi America de Nord între 1978-1991.

Nou născuţii, expuşi la mari cantităţi de alcool înainte de naştere, pot trăi o perioadă de sevraj în primele săptămâni din viaţa lor. Sevrajul se manifestă adesea înainte de părăsirea maternităţii. Simptomele sevrajului cuprind:

- o extremă instabilitate sau proastă dispoziţie,
- tremurături,
- tulburări ale alimentaţiei,
- diaree.

Pot exista şi tulburări de ritm cardiac, de respiraţie sau de digestie. Unele tulburări pot continua câţiva ani.

[3.48] D. Karninski, Alcoolisme et grossese: état des connaisances. *Compétences médicales*, 7, 1996, p 33.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomele SAF durează toată viaţa, dar se pot schimba pe măsură ce copilul creşte.

Micuţii atinşi de SAF pot fi:

- hiperactivi,
- incapabili să respecte directive simple,
- mult prea amicali , chiar faţă de străini,
- cu dezvoltarea rămasă în urmă.

La copiii de vârstă şcolară SAF poate cauza:

- tulburări în pregătire cum este citirea,
- tulburări de atenţie,
- tulburări de comportament în clasă,
- o rămânere şcolară în urmă.

Din cauza acestor probleme copiii atinşi de SAF reuşesc mai bine într-un program adaptat nevoilor lor.

SAF durează toată viaţa, dar dacă un copil atins de SAF este reperat la vreme şi obţine ajutorul necesar, poate avea mai puţine probleme mai târziu.

Printre problemele de care suferă adolescenţii şi adulţii atinşi de SAF se numără:

- tulburări de sănătate mentală,
- comportament sexual necuviincios,
- experienţe rele la şcoală,
- probleme cu legea,
- alcoolism sau toxicomanie.

Copiii care prezintă incontestabil caracteristicile sindromului alcoolismului fetal, l-au dobândit de la mamele care au consumat băuturi alcoolice în timpul sarcinii.

Aceste mame însă au fost supuse şi la alte condiţii nefaste ca: o proastă alimentaţie, sărăcie, fumat, folosire de droguri ilicite, violenţă, probleme obstetrice anterioare, lipsă de grijă prenatală. Din această cauză SAF nu este numai o problemă de alcoolism, ci o chestiune complexă cu rădăcini în condiţiile socio-

Scanned with OKEN Scanner

economice, care influenţează sub toate aspectele sănătatea mamei şi a copilului.[3.49]

În multe cazuri când există date despre tată, acesta este descris ca un beţiv sau dependent de alcool . Astfel anumiţi factori ce contribuie la SAF provin de la bărbat. Ei pot fi de ordin biologic, daunele putând fi cauzate de spermatozoizi, sau fizice şi psihologice, ca violenţa sau o altă formă de abuz asupra mamei. Bărbatul ar putea avea şi o influenţă pozitivă asupra consumului de alcool al femeii.

SAF trebuie recunoscut ca o problemă de sănătate comunitară, datorită interacţiei diverselor condiţii nefaste, mai ales consumului excesiv de băuturi alcoolice. În acest context resursele trebuie dirijate spre femeile gravide cu risc ridicat de SAF. În plus, sunt necesare suficiente resurse pentru tratarea copiilor cu SAF şi pentru a aduce îngrijire şi susţinere umană familiilor lor.

Se impune o intervenţie rapidă pentru a reduce riscul ca un copil născut cu SAF să prezinte tulburări grave când va creşte. Niciodată însă aceasta nu va putea înlocui măsura profilactică cea mai eficientă, abstinenţă totală a femeilor de vârstă reproductivă.

3.14. ALCOOLISMUL ŞI TINERII

Cu toată diferenţa de culturi din interiorul regiunilor, numeroşi tineri cresc într-un mediu în care consumul de alcool este normal, considerat legitim, agreabil şi considerat chiar că ar avea proprietăţi terapeutice. De multă vreme în anumite regiuni rurale din Grecia se serveşte vin roşu cald copiilor la micul dejun. Acest „obicei" este întâlnit şi la noi.

[3.49] I. Glass-Crom, Biological Aspect of Alcoholism: Implications for prevention, treatment and policy. Foetal alcohol syndrome: an example of the evolving interest in women's problems and alcohol , p 169. Tabekoff Band & Hoffman P.L. Editors, 1995

Scanned with OKEN Scanner

Un număr important de studii au prezentat tabloul toxicomaniei printe tineri arătând care sunt drogurile pe care tinerii le consumau.

Toxicomania la tineri a cunoscut o recrudescenţă la începutul anilor '90 şi s-a stabilizat, totuşi ea a rămas inferioară celei de la sfârşitul anilor '70 şi începutul anilor '80.

Adolescenţii vor să facă tot felul de experienţe. La acestă vârstă îşi aprofundează identitatea. De asemenea, acestă vârstă se caracterizează prin gustul pentru risc. Consideră consumul de alcool ca un act de rebeliune. Unii vor să-şi mărească prestigiul în faţa colegilor, alţii vor să aibă o plăcere, să-şi omoare plictiseala, să-şi satisfacă curiozitatea sau să evite problemele lor[3.50], dar cei mai mulţi dintre ei o fac pentru că o face toată lumea şi se instituie mentalitatea de „turmă" sau „grup".

Consumul de alcool sau de alte droguri în prezenţa colegilor sau a altor persoane serveşte la întărirea legăturilor de solidaritate cu grupul sau la definirea unor limite sociale[3.51].

La aceste cauze ale consumului de alcool se mai adaugă terenul ereditar de tradiţii pro alcoolice, exemplul idolilor, conflicte cu părinţii, mediul social, teama de obligaţiile impuse de vârsta adultă (ca de exemplu căutarea unui serviciu).

Sfaturile privind abstinenţa de la alcool sau tutun până la o anumită vârstă sunt arme cu două tăişuri, întărind statutul alcoolului şi tutunului de produse rezervate adulţilor. Ţinând seama de *acceptabilitatea socială a alcoolului şi tutunului* printre

---

[3.50] J. Wilks. Adolescent views on risky and ilegal alcohol use, *Drug and Alcohol Review*, 1992, 11, p 137

[3.51] K.P. Franzkowiac. Risk-taking and adolescent development . The function of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. *Health Promotion*. Vol. 2, 1987, p 51.

[3.52] M. D'Emidio-Caston, J.H. Brown. „The other side of the story: student narratives on the California Drug, Alcohol and Tobacco. Educations programs. *Evaluation Review*, 22, 1998, p. 95.

Scanned with OKEN Scanner

adulţi, tinerii iau sfaturile de abstinenţă ca ipocrite şi le pot respinge[3.52]

O anchetă a OMS asupra atitudinii copiilor de vârstă şcolară faţă de sănătate (HBSC) a sondat prevalenţa consumului de alcool la trei grupe de vârstă (11,13,15 ani) în 1990. Această anchetă a constatat că un număr foarte mic dintre ei nu au gustat alcoolul până la vârsta de 15 ani. Băieţii care au experimentat alcoolul la 11 ani sunt mai numeroşi decât fetele dar diferenţa devine foarte mică la 15 ani, iar cantitatea de alcool consumată de băieţi la această vârstă este mai mare decât cea consumată de fete. Procentajul băieţilor de 15 ani care beau mai puţin decât o dată pe săptămână atinge de la 10% în Polonia, la 47% în Ţara Galilor, celelalte ţări situându-se între 32% şi 42%.

Un studiu transnaţional [3.53] efectuat în anul 1990 de către Comunitatea Europeană (CE) asupra consumului de tutun şi alcool de către copiii de 11 şi 15 ani a acoperit aproape aceleaşi ţări ca studiul HBSC.

După acest studiu tinerii din Grecia şi Italia beau în fiecare săptămână, iar în Irlanda numai 2% din numărul băieţilor şi 1% din cel al fetelor beau săptămânal.

Rezultatele anchetei HBSC arată că la vârsta de 15 ani, 42-74% din băieţi au atins starea de ebrietate şi numai 24-70% dintre fete.

În Spania tinerii consumă alcool mai ales în week-end, în locuri publice şi zone de agrement, tinerii preferând berea şi combinaţii ale celor mai cunoscute băuturi.

În ţările necuprinse în studiul HBSC (în special din centrul şi estul Europei) s-au pus în evidenţă ulterior rezultate similare. De exemplu, în Slovenia, aproape jumătate din tinerii de 14-15 ani interogaţi au ajuns deja la ebrietate.

[3.53] A. Kin, B. Coles, The health of Canada's youth: view and behaviours of 11-13 and 15 year olds from 11 countries. Toronto, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 1992

Scanned with OKEN Scanner

Pentru unii tineri ebrietatea este rezultatul unui consum excesiv, neintenţionat şi al lipsei de experienţă.

În România, vârsta la care începe consumul de alcool este în scădere. Studiul efectuat de ESPAD (European Survey Programme for Alcohol and Drugs) în perioada 1999-2000, în rândul elevilor născuţi în 1983 a constatat că 83% dintre ei consumaseră băuturi alcoolice, iar 43% au ajuns în starea de ebrietate.Aceste valori plasează România pe locul 20 din cele 29 de ţări în care s-a efactuat studiul ESPAD. Peste 45% dintre tinerii de 13 ani au băut vin, iar 28,7% au băut bere; 14,3% dintre elevi au băut băuturi tari. Majoritatea dintre ei au descoperit plăcerea de a bea la ei acasă şi mai puţini la prieteni sau în localuri.

Atitudinea tinerilor faţă de băuturile alcoolice depinde foarte mult de atitudinea părinţilor faţa de consumul de alcool.

Aceste situaţii îngrijorătoare se menţin chiar şi după ce s-au emis unele acte legislative care restricţionează comercializarea şi publicitatea produselor din alcool. HG nr. 128/1994 prevede unele măsuri pentru asigurarea condiţiilor de dezvoltare fizică şi morală a elevilor şi studenţilor, interzice comercializarea sau expunerea spre vânzare a băuturilor alcoolice în incinta tuturor unităţilor de învăţământ. De asemenea legea nr. 148/2000 interzice publicitatea produselor alcoolice în incinta unităţilor de învăţământ şi a unităţilor sanitare, precum şi la o distanţă mai mică de 200 m de acestea; este interzisă publicitatea băuturilor alcoolice în cazul în care aceasta se adresează minorilor. Distanţa de 200 m este însă prea mică întrucât panourile mari, luminoase, pot fi urmărite cu uşurinţă la 200 m de către tineri, care văd foarte bine.

Statisticile obţinute din sondaje sunt îngrijorătoare, dar ele nu spun totul despre gravitatea alcoolismului la noi.

Ele se referă la elevii de 17 ani, ori nu toţi tinerii mai sunt elevi la 17 ani.

Consumul de alcool este acceptat şi în societatea românească, mai ales ca modalitate de a sărbători un eveniment.

Scanned with OKEN Scanner

Medicii Ligii Române pentru Sănătate Mintală, potrivit unor studii, avertizează că tinerii de 13 ani pot deveni alcoolici după un consum de băuturi alcoolice de numai 6 luni comparativ cu un matur care ajunge dependent după 5 ani de consum.*

Foarte grav este faptul că 7% dintre băieţii în vârstă de 15-16 ani consumă săptămânal peste 21 unităţi de alcool (când o unitate este egală cu 2 pahare de băutură tare).

30% dintre accidentele rutiere mortale din rândul tinerilor sunt cauzate de alcool şi mai mult de jumătate din decesele la cei cu vârste între 15-19 ani sunt legate de consumul de alcool.

Prevenirea şi combaterea consumului de alcool de către tineri se poate face mai ales prin măsuri instructiv-educative:

- difuzare de cunoştinţe temeinice privind sănătatea, capacitatea de muncă, comportamentul social, implicaţiile demografice şi economice folosind broşuri, pliante, panouri şi conferinţe;
- introducerea de lecţii privind alcoolismul şi efectele sale în planul de învăţământ pentru clasele a IV-a şi a V-a;
- publicitate negativă alcoolului.

George Coşbuc** spunea încă în anul 1906: „Pe copii, mai ales, să-i ferim de băutură. Tineretul să-l păzim ca să nu se deprindă cu răul obiceiu al şederii prin cârciume. Numai de aici putem începe lupta cu izbândă."

Legislaţia nu este respectată de distribuitorii de băuturi alcoolice, care vând copiilor, mai ales la sate, în drum, spre sau de la şcoală, băuturi alcoolice până la ebritate şi comă. Este cazul celor cinci elevi între 13-16 ani aduşi în comă alcoolică la spitalul judeţean Neamţ[3.54]. Poliţia se scuza că „nu are efective pentru a controla situaţia". Dar informaţii nu are ? Este aşa de greu să constaţi fapte făcute la vedere? Să găseşti minorii cu băutura în

---

* *Ultima oră*, 2002, 27.09

** G. Coşbuc. Duşmanul dintre noi. *Antialcoolul*, 1906, 1, an VII, p.1

[3.54] RomNet, 31.08.02. Ar fi foarte interesant să ştim dacă şi cum a fost sancţionat patronul barului din sat unde au băut cei cinci copii.

Scanned with OKEN Scanner

faţă în cârciumă? Ridicarea licenţei negustorilor care nu respectă legea ar fi cea mai eficientă măsură.

De asemenea trebuie aplicate sancţiuni aspre celor care îndeamnă copiii la băutură. Este stupefiant cazul pădurarului din satul Vânători care a obligat trei copii de 12 ani să bea ţuică până ce aceştia au intrat în comă alcoolică.*

În ţara noastră se organizează festivaluri ale berii cu scopul evident de a atrage tinerii, de a pregăti consumatorii de mâine. Tinerii sunt atraşi de programele artistice oferite, se duc pentru că vor să meargă undeva în grupuri şi alte ocazii nu li se prea oferă, şi pentru că berea este ieftină şi se obţine fără dificultate, o încearcă, li se pare amară la un producător, mai încearcă şi la altul şi acumulează alcool pentru că esenţialul în compoziţia berii este alcoolul. De asemenea, se organizează petreceri ca aceea de 1 Mai din Piaţa Constituţiei din Bucureşti, la care participă mai ales tinerii. Li se oferă muzică (gratuit), mici şi bere. Ei o cumpără fără dificultăţi deşi sunt foarte tineri, nu li se cere să facă dovada vârstei legale pentru a cumpăra băuturi alcoolice.

Reclamele la televiziune sunt dintre cele mai stupide ca „O bere plină de caracter" şi prezentate de persoane publice. Cinste celor care nu acceptă să se facă de râs prezentând reclame stupide şi să contribuie la consecinţele nefaste ale consumului de alcool!

Unele reclame îndeamnă direct la băutură spunând că:

„ Ziua cea mai importantă din viaţa ta este ziua când ai băut cu tatăl tău o bere".

Foarte periculoase sunt reclamele la soft-drink-uri, băuturi cu aspect de cocktail de fructe şi cu conţinut scăzut de alcool. Ele se oferă în discoteci tinerilor, care le consumă ca băuturi răcotitoare, fără să sesizeze prezenţa alcoolului. Fiind foarte periculoase, în unele ţări s-au luat măsuri restrictive pentru consumul lor.

---

* *Curierul Naţional*, 5.09.2002

Scanned with OKEN Scanner

În ţara noastră s-au emis acte legislative care sunt menite să asigure dezvoltarea psihică şi morală a elevilor şi studenţiilor prin interzicerea comercializării sau expunerii spre vânzare a băuturilor alcoolice în incinta tuturor unităţilor de învăţământ.* Măsura este bună. Din păcate, tinerii nu frecventează numai unităţile de învăţământ.

De asemenea, este interzisă publicitatea produselor alcoolice în incinta unităţilor de învăţământ şi a unităţilor sanitare şi la o distanţă mai mică de 200 m de acestea.**

Este necesară introducerea în curricula şcolară pentru educaţie sanitară a unor teme destinate prevenirii consumului de alcool de către tineri, de cunoaştere a efectelor nefaste ale alcoolismului.

Lupta contra alcoolismului în şcolile din România a început la 1897, când prin ordinul ministrului instrucţiei publice şi al cultelor, Spiru Haret, învăţământul antialcoolic obligatoriu a fost înscris în programele şcolare după metoda învăţării antialcoolismului la fiecare obiect de studiu, apropiat sau mai îndepărtat de alcool. S-au răspândit în şcoli tablouri imprimate care conţineau maxime antialcoolice.

Măsura luată pentru combaterea tabagismului prin tipărirea pe pachetele de ţigări a avertizării riscurilor fumatului ar trebui folosită şi pentru băuturile alcoolice.

S-ar putea menţiona de exemplu:

- alcoolul produce diverse cancere, la gură, laringe, esofag, ficat, stomac, vezică urinară;
- alcoolul este un drog;
- alcoolul îi face pe bărbaţi impotenţi şi pe femei sterile.

Şi s-ar putea adăuga: „Dacă beţi 200 ml din această băutură (de exemplu vodcă) nu vă puteţi urca la volan decât după 8-9 ore.

---

* HG. nr. 128/ 1994

** Legea nr. 148/2000

Scanned with OKEN Scanner

Dacă nu se va proceda astfel, este posibil să asistăm la procese ale celor îmbolnăviţi din cauza alcoolului, intentate producătorilor de băuturi alcoolice, cum s-a întâmlpat în cazul fumatului (şi procesele au fost câştigate de reclamanţi).

Etichetarea pachetelor de ţigări cu avertizări dând rezultate bune, începând din 1989, în SUA s-au aplicat etichete de avertizare şi pe ambalajele băuturilor alcoolice. Avertismentele însă au fost lungi şi imprimate cu litere mici greu de citit. Procedând la evaluarea măsurii, prin interogarea unui eşantion de adolescenţi, cercetătorii au constatat în anul 1993 că numai 40% dintre tinerii interogaţi au văzut avertismentul .

Legislaţia noastră privind băuturile alcoolice nu este deloc aspră. Din păcate ea nu este nici respectată adesea. De exemplu la „ Disco-Bar 178" de pe strada Luică din Bucureşti se vindeau băuturi alcoolice minorilor.*

Măsuri

La reuniunea OMS din anul 2001, cu participarea miniştrilor sănătăţii din întreaga Europă, dar şi a tinerilor, s-a convenit luarea unor măsuri care să limiteze problemele datorate abuzului de alcool, propunând 10 obiective comune, rezolvabile până în anul 2006, în funcţie de situaţia socială, juridică, şi economică şi de contextul cultural propriu fiecărei ţări:

1. *reducerea considerabilă a numărului de tineri care încep să consume alcool;*
2. *creşterea vârstei la care tinerii ar putea să consume alcool;*
3. *reducerea ocaziilor şi a frecvenţei consumului excesiv la tineri;*
4. *propunerea şi/sau descoperirea unor alternative pertinente pentru folosirea alcoolului şi drogurilor ilicite şi îmbunătăţirea formării teoretice şi practice a persoanelor care lucrează cu tinerii;*
5. *participarea mai frecventă a acestora la elaborarea unor politici de sănătate;*
6. *educarea permanentă a tinerilor pe această temă;*
7. *limitarea la minim a presiunii asupra acestei grupe de vârstă pentru consumul de alcool ca reclama şi distribuirea gratuită;*
8. *sprijinirea măsurilor de luptă în vederea vânzării ilegale de alcool;*

---

* *România Liberă*, 30 august 2001

Scanned with OKEN Scanner

9. *garantarea şi/sau îmbunătăţirea accesului la serviciile de sănătate şi consultaţie;*
10. *reducerea problemelor cauzate de alcool, ca accidentele, agresiunile şi actele de violenţă provocate în cea mai mare parte de tineri.*

Mai recent, OMS a estimat că o creştere a preţurilor băuturilor alcoolice şi reglementarea publicităţii ar permite reducerea alcoolismului la tineri. Cu această ocazie a prezentat un studiu asupra creşterii consumului de alcool la tineri, consum care a dus la 55000 de decese anual.

Cauzele deceselor sunt în majoritate: intoxicaţia, sinuciderea, omuciderea sau accidentele rutiere. OMS a constatat că scopul consumului juvenil de alcool s-a schimbat de la un alcoolism festiv, pentru petrecerea unui moment, la consumul alcoolului ca drog.

În Europa există cel mai mare consum mediu de alcool din lume, de 7,3 l/persoană. Procentul deceselor cauzate de un consum prea mare de alcool variază între 13 şi 32% în funcţie de ţară, în frunte fiind ţările din est.

3.15 . TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI

3.15.1.Detecţie precoce. Evaluare fizică şi psihologică.

Dependenţa de alcool este dificil de detectat. Problemele alcoolului se pot traduce prin tulburări fizice, psihologice sau sociale. Uneori se pun în evidenţă numai prin acuzare de dureri gastro-intestinale, de angoase, depresie, plictiseală profesională sau ca urmare a unui accident sau mărturisiri ale familiei sau prietenilor.

Detectarea dependenţei de alcool, care în realitate trebuie să constituie începutul tratamentului, cere în primul rând un

Scanned with OKEN Scanner

examen fizic aprofundat al pacientului. Mâini tremurânde, roşeaţă în obraji, un miros alcoolizat, o creştere a enzimelor hepatice, etc., sunt simptome fizice care sugerează un consum mare de alcool. Pe de altă parte, este utilă o întreţinere psihologică. Este necesară obţinerea de informaţii detaliate despre pacient şi anturajul său, o confesiune dintre pacient şi medic care să permită pacientului să vorbească despre problemele lui referitoare la alcool. Există chestionare standard (pag. 203) care permit determinarea circumstanţelor în care pacientul bea, a emoţiilor care pot fi atribuite acestor situaţii etc.

3.15.2. Sevrajul şi dezintoxicarea

Boala alcoolică este o patologie complexă, multifactorială, care necesită o abordare multidisciplinară de către personalul medical şi folosirea de practici foarte diverse.

O persoană neuro-adaptată va suferi de un sindrom de sevraj după ce va înceta să bea.

Sevrajul este oprirea consumului de alcool, produsă la iniţiativa subiectului sau într-o perspectivă terapeutică (sevraj terapeutic).

Sevrajul este indicat alcoolo-dependenţilor. Scopul său este obţinerea unei abstinenţe durabile. Timpul de sevraj este precedat de o primă fază de evaluare, urmată de o fază de informare şi de conciliere. Acest timp favorizează conştientizarea alcoolodependenţei, creşte motivaţia şi permite adaptarea unui proiect terapeutic.

Sindromul de sevraj este ansamblul de manifestări simptomatice care survin imediat sau până la 10 zile de la întreruperea consumului de alcool, ca:

- tulburări subiective, cu anxietate, agitaţie, iritabilitate, insomnie, coşmaruri;
- tulburări neurovegetative, cu transpiraţii, frisoane, tahicardie, hipertensiune arterială;

Scanned with OKEN Scanner

- tulburări digestive: anorexie, greaţă, vomismente.

Acestea fac parte din tulburările minore din primul stadiu.

În orele care urmează în al doilea stadiu, acest tablou se poate agrava sau complica cu confuzii, halucinaţii, delirium, convulsii, hipertermie. Sindromul se opreşte, spontan sau sub tratament, în două până la cinci zile. Apariţia tardivă sau persistentă a acestor tulburări trebuie căutată în alte dependenţe asociate , mai ales benzodiazepine.

Convulsiile sevrajului reprezintă una din cauzele principale ale primei crize epileptice la adultul european. Sunt crize convulsive generalizate care survin la 7 până la 30 de ore de la oprirea sau reducerea intoxicării. Simplul sevraj nocturn poate fi la originea crizelor matinale. Aproximativ jumătate din bolnavi nu fac decât o criză, altă jumătate fac două sau mai multe crize şi 2 până la 7% fac o veritabilă stare de rău convulsiv.

Delirium tremens este al treilea stadiu în care dezorientarea temporo-spaţială şi agitaţia sunt asociate cu semne generale care arată gravitatea stadiului, febră, deshidratare, tahicardie însoţite de frecvente crize convulsive, tulburări de echilibru.

În acest stadiu spitalizarea este necesară pentru rehidratare orală, dacă este posbil şi parenterală, sedare pe cale injectabilă, când se poate apela la un neuroleptic şi administrare de vitamine B1, B6, B12, PP. Subiectul se plasează singur într-un salon iluminat toată noaptea. Tulburările dispar în 48 de ore.

Faza de delirium propriu-zisă durează obişnuit de la 3 la 5 zile. Apoi tulburările vegetative şi starea de confuzie regresează în 24 până la 72 de ore, lăsând o amnezie totală sau parţială a episodului.

Tratamentul psihotrop pentru delirium tremens se realizează cu *diazepam*, *flunitrazepam* şi *midazolam* pe cale intravenoasă.

La mulţi băutori excesivi sindromul de sevraj nu este foarte dezagreabil şi nici periculos.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru toate persoanele dependente de alcool se recomandă un sevraj terapeutic. Acesta este începutul unui proces de abstinenţă completă şi durabilă de alcool. Dacă este instalată o dependenţă, întoarcerea la un consum moderat este considerată imposibilă de către numeroşi experţi.

Sevrajul terapeutic se poate realiza în spital sau ambulatoriu, în funcţie de gravitatea simptomelor sindromului de sevraj.

Persoanele care prezintă una din caracteristicile următoare nu trebuie să suporte dezintoxicaţia într-un mediu extraspitalicesc ci într-un serviciu specializat :

- existenţa unor grave simptome datorate sevrajului (tahicardie cu un ritm cardiac de peste 110 pulsaţii pe minut, delirium tremens, halucinaţii, în momentul evaluării);
- probabilitatea iminenţei simptomelor grave cauzate de sevraj, de exemplu după un consum exagerat;
- existenţa de boli (bronşită acută, pneumonie sau pancreatită), care trebuie tratate imediat, pentru că în asemenea cazuri accesele de delirium tremens sunt mai frecvente;
- politoxicomanie (consum excesiv de alte droguri pe lângă alcool);
- indicaţii privind existenţa ideilor sinucigaşe sau a tulburărilor depresive grave[3.56].

Alte persoane pot consulta medicul în afara spitalului. În cursul primelor contacte cu medicul se stabileşte o relaţie de confidenţialitate bazată pe un dialog veritabil. Este necesară informarea subiectului, clară şi pragmatică, fără moralism excesiv asupra consecinţelor nefaste ale alcoolismului.

În timpul sevrajului pacientul poate să-şi continue activitatea profesională şi să continue să trăiască în familia sa. El

---

[3.56] OMS. Le traitement des problèmes d'alcool. Publications régionales, Série européenne, 2000, No.65

Scanned with OKEN Scanner

întrerupe complet consumul de alcool şi compensează efectele lipsei acestuia prin apă şi apă carbogazoasă abundentă, vitamine şi medicamente sedative. O hidratare suficientă este esenţială. Aportul de lichide trebuie să ajungă la 3 litri în 24 de ore, timp de 3-4 zile. Scopul tratamentului medicamentos este asigurarea prevenirii accidentelor sevrajului, ca delirium tremens şi crizele de epilepsie. Acest tratament favorizează şi un „confort" psihologic.

Se folosesc tranchilizante ca benzodiazepinele şi anxiolitice pentru a reduce anxietatea, sustanţe care acţionează ca drogurile de substituţie. Când este cazul se folosesc şi antidepresive şi neuroleptice.

Tratamentele medicamentoase apelează mai ales la două molecule zise „aditiolitice" care vizează reducerea apetitului pentru etanol.

Acamprosat-ul acţionează asupra sistemelor neurologice şi poate fi luat timp de un an cu riscul provocării de diaree. A fost studiat în clinici controlate pe termen lung în toată Europa. Eficacitatea sa a fost stabilită statistic, toleranţa sa este bună şi nu reacţinează cu alcoolul. El poate fi asociat la o cură cu *disulfiram.*

Naltrevon-ul un antagonist al derivaţilor morfinici produs de organismul însuşi, suprimă pofta de băutură. Provocând greaţă şi dureri de cap, este folosit un timp mai scurt de trei luni la persoane care nu prezintă dependenţă de opiacee.

Un studiu publicat la sfârşitul anului 2001 semnalează că Naltrevonul nu a redus semnificativ nivelul de recădere a alcoolo-dependenţilor severi. Aceste tratamente sunt larg prescrise în Franţa în aşteptarea unor noi terapii.

Ondansetron-ul, care modifică nivelul unui mesager esenţial de comunicare, între anumiţi neuroni, este o speranţă. La persoanele devenite alcoolice înainte de 30 de ani Ondansetron-ul a redus consumul de alcool şi a prelungit perioada de abstinenţă.

Scanned with OKEN Scanner

Faimosul medicament Disulfiram care provoacă la ingestia de alcool o senzaţie intensă de indispoziţie, era relativ eficient dar nu fără riscuri (comă, tulburări cardiace chiar decese).

Antialcool plant este un produs fitoterapic care conţine trei extracte vegetale din *Asarum europaeum, Capsicum annuum* şi *Phytolacca americana.*

Asarum europaeum (piperul lupului) are acţiune expectorantă în doze mici şi emetică (de vomă) în doze mai mari.Administrat în doze foarte mici atenuează dorinţa de băuturi alcoolice şi tulburările nervoase din delirium tremens.

Capsicum annuum (ardeiul iute) administrat în doze mici, repetate de mai multe ori pe zi timp de 2-3 luni, provoacă dezgustul de băuturi alcoolice.

Phytolacca americana (cârmâzul) în doze mici, timp îndelungat, provoacă de asemenea dezgustul pentru băuturi alcoolice.

Majoritatea articolelor de specialitate consideră că pentru o ameliorare semnificativă este necesar un sevraj total şi definitiv pentru că persoana care a fost dependentă de alcool rămâne toată viaţa expusă riscului reapariţiei dependenţei.

După sevraj pacientul continuă să beneficieze de susţinerea medicului care l-a tratat. După cură pacientul este confruntat cu libertatea de a bea, el suferă adesea presiunea socială şi familială care îl pot conduce la recădere. Relaţia stabilită cu medicul curant este însă foarte importantă.

Ca şi în cazul unei alergii un individ atins de dependenţă de psihotrope, rămâne foarte fragil fizic şi psihologic la diverse substanţe. O dată trecut pragul toleranţei, alcoolicul nu va putea redeveni un consumator moderat pentru că sistemul nervos central al lui s-a slăbit. Riscul redeclanşării obsesiei mentale de a bea va putea reapărea.

Singura alternativă este abţinerea de la orice produs psihotrop care acţionează asupra creierului, evitând alocoolul, amfetaminele, barbituricele, tranchilizantele minore şi chiar siropul de tuse care conţine codeină.

Scanned with OKEN Scanner

Alcoolismul scăpat de sub control este o boală fatală 100%. Astăzi nu mai vorbim de un obicei rău, ci de o situaţie de viaţă sau moarte. Boala poate fi tratată şi oprită. Dovezile sunt făcute de milioanele de oameni care sunt acum reabilitaţi la un nivel de reuşită de 70-80%.

Dependenţa de droguri nu poate fi definitiv vindecată. O persoană care a încetat orice consum, care a fost în tratament şi şi-a restabilit stilul de viaţă sănătos şi convenabil, nu va putea niciodată pretinde că poate consuma din nou drog fără nici un risc.

3.15.3. Psihoterapia de grup

Lucrări de cercetare ştiinţifică pun în evidenţă utilitatea autoasitenţei şi de o manieră generală a asociaţiilor nemedicale.

În diferite ţări există asociaţii de foşti *băutori* ca aceea a „*Alcoolicilor anonimi*" care pot ajuta pacientul să-şi învingă anxietatea, sentimentul de inferioritate şi de izolare. Alcoolicii anonimi sunt eficienţi în anumite culturi, dar influenţa lor asupra mortalităţii şi morbidităţii globale depinde de numărul membrilor care participă activ la acţiunile lor .

Societatea Alcoolicii Anonimi a fost înfiinţată în 1935 în SUA de către doi bolnavi de alcoolism, un chirurg şi un agent de bursă, care au constatat că ajutându-se reciproc în efortul de a rămâne abstinenţi, au reuşit. Ei au avut iniţiativa formării unui grup de întrajutorare care, a crescut şi s-a extins, ajungând în anul 1976 la 48000 de filiale cu câte 400-600 membri fiecare în peste 110 ţări. Astăzi se estimează la 2 milioane numărul total al membrilor.

Filosofia societăţii Alcoolicii anonimi, care este cuprinsă în „Marea Carte'' în anul 1953, sintetizează un program de „12 paşi" :

1. Să admitem că suntem fără putere în faţa alcoolului, că viaţa noastră a devenit de necontrolat, de necondus.

Scanned with OKEN Scanner

2. Atingerea concluziei că numai o forţă mai mare decât noi ne-ar mai putea controla.
3. Luarea unei decizii în urma căreia să ne lăsăm viaţa şi voinţa în mâinile lui Dumnezeu, aşa cum îl înţelegem noi.
4. Să facem un inventar moral profund şi fără teamă al nostru înşine.
5. Să admitem în faţa lui Dumnezeu, a noastră şi a semenilor natura greşelilor noastre.
6. Suntem gata să-L lăsăm să ne elibereze de toate aceste defecte de caracter.
7. Să-L rugăm cu umilinţă să ne schimbe prognosticul.
8. Facem o listă cu cei pe care i-am jignit, ca să ne recompensăm în faţa lor.
9. Recompensarea în faţa celor jigniţi.
10. Continuarea menţinerii inventarului, cu corectarea greşelii imediat ce o recunoaştem.
11. Să ne gândim, prin rugăciune şi meditaţie, să ni se îmbunătăţească contactul cu Dumnezeu aşa cum Îl înţelegem noi, rugându-ne să ne fie adusă la cunoştinţă voinţa Lui pentru noi şi să avem forţa să o ducem la îndeplinire.
12. Odată înfăptuită trezirea, aceasta trebuie menţinută şi transmisă şi la alţi alcoolici.

Succesul popular al „*Alcoolicilor anonimi*" se poate explica prin izolarea socială şi familială în care se găsesc mii de persoane suferind de alcoolism, şi prin aportul anumitei solidarităţi umane şi sociale.

Membrii unui grup din cadrul societăţii „Alcoolicilor anonimi", alcoolici neintegraţi în societate, îşi oferă voluntar experienţa proprie, prietenia şi căldura umană celor care vor să renunţe la băuturile alcoolice, să devină abstinenţi.[3.57]

Practica, cunoscută sub numele de „a douăsprezecea etapă", este una din caracteristicile esenţiale ale programului şi constă în consilierea unui nou recrut de către o persoană care s-a vindecat, după un timp, de alcoolism în urma participării la

---

[3.57] B.S Mc Crady, S. Irvine, Self –help groups

reuniunile Alcoolicilor anonimi. La reuniunile regulate, alcoolicii vorbesc despre experienţa lor personală în maniera rugăciunilor evanghelice:

„Doamne îţi mulţumesc pentru ce mi-ai dat, pentru tot ce mi-ai luat şi pentru tot ce mi-ai lăsat."

„Alcoolicii anonimi" este o asociaţie în întregime autofinanţată şi în consecinţă nu apasă finanţele publice. Este o asociaţie foarte accesibilă la care se poate apela la orice oră din zi şi din noapte. Ea a salvat viaţa unui număr considerabil de persoane din lumea întreagă şi joacă un rol important în lupta pe care o duce fiecare ţară contra pericolelor legate de alcool.

3.15.4. Terapia familială

Spre deosebire de alte maladii, în care bolnavul suferă el însuşi, alcoolismul face victime în familie, periclitând viitorul copiilor, soţiei, părinţilor sau rudelor.

Alcoolismul poate fi tratat cu succes dacă în paralel sunt „trataţi" şi membrii familiei sale, soţia, părinţii, fraţii sau surorile bolnavului. Un tratament cu rezultate bune cere bolnavului un efort personal de voinţă, de străduinţă, de regenerare morală, fizică şi psihică asociate curei de dezalcoolizare pentru învingerea propriilor slăbiciuni. Alcoolizarea instalată timp de 10-15 ani nu se poate vindeca miraculos. Este necesară participarea celorlalţi membrii ai familiei, în special a soţiei alcoolicului.

Doctorul Radu Mihăilescu* dă unele sfaturi soţiilor alcoolicilor sfaturi, pe care cred că este potrivit să le menţionez aici:

- Nu vă înfuriaţi niciodată indiferent ce spune şi ce face soţul dumneavoastră care nu este o persoană nerezonabilă, ci bolnavă.

* Medic primar psihiatru la spitalul Alexandru Obregia. A *Imanahul Flacăra*, 2000

- Nu îl cicăliţi în legătură cu băutura, pentru că se va folosi de aceasta ca o scuză pentru a bea şi mai mult şi a căuta consolare în altă parte.
- Nu lăsaţi ca boala să vă afecteze relaţiile cu copii şi cu prietenii. Ei au nevoie de apropierea dumneavoastră. S-ar putea ca soţul dumneavoastră să aprecieze faptul că sunteţi rezonabilă şi răbdătoare şi aceasta ar permite discutarea amicală a alcoolismului său, discuţie în care să nu aveţi o atitudine ostilă, critică, ci să încercaţi să vă puneţi în locul lui. Spuneţi-i că nu doriţi să-i luaţi o plăcere, ci doar să aibă grijă de sănătatea sa.
- Nu cereţi soţului să renunţe la băutură de dragul dumneavoastră sau al altora. O va face singur dacă va vrea.
- Nu descrieţi prietenilor cu lux de amănunte situaţia soţului dumneavoastră, ci îi informaţi discret despre natura bolii lui. Se va crea o nouă ambianţă şi veţi fi tratată cu simpatie.
- Nu vă amestecaţi în certurile dintre copii şi tatăl lor când bea, decât când trebuie să-i protejaţi de violenţă.
- Când nu este beat întrebaţi-l ce trebuie să răspundeţi şefului , colegilor de serviciu, când întreabă de el, fără să minţiţi.
- Nu încercaţi să aranjaţi lucrurile în viaţa soţului în sensul protejării lui în faţa tentaţiei. Daţi-i libertate de mişcare şi decizie. El ştie că vă este dator cu mai mult decât simpla abstinenţă.
- Demonstraţi soţului răbdare, toleranţă, înţelegere, iubire, şi acestea se vor răsfrânge şi dinspre el spre dumneavoastră. Dacă amândoi dovediţi bunăvoinţa de a vă îndrepta propriile greşeli, vor rămâne puţine motive pentru critici reciproce şi soţul va fi readus în mijlocul familiei sale.

Scanned with OKEN Scanner

3.16.COSTURILE ALCOOLISMULUI

O evaluare a costurilor alcoolismului este foarte dificilă. Trebuie luat în calcul nu numai costul direct (costul sanitar, cheltuieli cu accidentele, de justiţie, etc.), ci şi costul economic (absenteism, oprirea lucrului) şi social (repercusiuni familiale, maltratarea copiilor..). Anumite elemente sunt greu de calculat, iar în cazul accidentelor rutiere la responsabilitatea alcoolului se mai adaugă şi alţi factori.

În măsura în care boala alcoolică atinge un mare număr de salariaţi, întreprinderea se mobilizează şi ea. În afară de naufragiul personal, familial şi profesional al alcoolicului, securitatea poate fi pusă în pericol. Alcoolicii activi pot reprezenta până la 15% din salariaţii unei întreprinderi.

Dificultatea evaluării costurilor alcoolismului explică marea varietate de sume avansate. Costul social al alcoolismului se estimează, de exemplu, în Franţa la 5-6% din venitul naţional brut.

Datele disponibile cele mai importante privind problemele de sănătate legate de alcoolism sunt mai ales cele referitoare la mortalitate, la accidentele de circulaţie, la tratamentul problemelor de sănătate legate de alcoolism, la pensionările pe caz de boală şi la absenteismul imputabil îmbolnăvirilor.

Datele de mortalitate provin din certificatele de deces elaborate după avizarea medicilor. Aceste certificate variază considerabil atât prin precizie cât şi prin frecvenţa declaraţiilor de ciroză, psihoză alcoolică şi alte maladii legate de alcoolism. Există şi informaţii incorecte, fie datorită neglijenţei, fie datorită unei erori de diagnostic. De exemplu, un medic poate detecta o cardiopatie ischemică drept cauza decesului, când este vorba de fapt de o cardiopatie de origine alcoolică.

Scanned with OKEN Scanner

Este relativ dificilă (în diferite ţări şi în diferite momente)[3.58] estimarea procentajului deceselor imputabile consumului de alcool. În SUA Centers for Disease Control au studiat rolul alcoolului în diferite cauze de deces (Tabelul 3.6, pag. 233).

Date asupra accidentelor rutiere imputabile alcoolului se pot obţine în numeroase ţări plecând de la statisticile ţinute de poliţie sau de către societăţile de asigurare a automobilelor.

Date asupra morbidităţii imputabile bolilor legate de consumul de alcool sunt în general disponibile intermediar de la serviciile de sănătate. Datele despre tratamente nu redau direct morbiditatea. Ele depind de oferta de servicii medicale. Cele privind tratamentul problemelor mai grave, ca psihoza alcoolică redau mai precis evoluţia reală a morbidităţii.*

Numărul pensionarilor de invaliditate, vechi şi noi, ca şi numărul de zile de concediu medical indică morbiditatea datorită diferitelor cauze, inclusiv a consumului de alcool. Aceste date, care sunt înregistrate regulat în unele ţări, arată şi timpul de lucru pierdut din cauza alcoolului.

Analiza problemelor de sănătate legate de alcool nu trebuie să se limiteze doar la calculul deceselor şi prevalenţei incidenţei diferitelor boli. Prin estimarea numărului de ani de viaţă activă pierduţi din cauza consumului de alcool se poate aprecia mai bine câştigul de sănătate ce ar rezulta printr-o reducere a consumului de alcool.

Se estimează că, în ţările occidentale, 1/4 din banii cheltuiţi pentru problemele de sănătate revin cheltuielilor provocate de consumul de alcool.

În principiu s-ar putea calcula costul total pe care îl suportă o regiune sau o ţară. Dar acest calcul corespunde unei situaţii statistice nedând indicaţii asupra a ceea ce s-ar putea

---

[3.58] Centers for Disease Control. Alcohol-related mortality and years of potential life lost. United States , 1987. Morbidity and mortality.

* I.Weld, Z. Jaroszewski, Alcohol consumption and alcohol psychoses in Poland, *Journal of studies on alcohol*, 44, 1983, 1040

Scanned with OKEN Scanner

produce într-o situaţie dinamică, când, de exemplu consumul de alcool ar putea să crească sau să se reducă.

Alcoolismul îl costă foarte mult pe bolnav şi familia sa. El cheltuieşte mult cu băutura şi nu reuşeşte să mai câştige din cauza absenteismului sau a izolării lui de către cei care-l cunosc şi-l dezaprobă; nu mai poate întreţine familia, care duce o viaţă de mizerie.

Clasat între produsele cu toxicitate ridicată, ca heroina şi tutunul, alcoolul se distinge foarte net de ţigarete şi substanţele ilicite prin costul social net superior *care poate reprezenta între 1,4 şi 6% din Produsul Naţional Brut în Europa* . În Franţa, de exemplu, costul social determinat de consumul de alcool reprezintă 1,42% din PIB faţă de 1,10% corespunzătror costului social al tabagismului şi 0,16% pentru cel al drogurilor ilicite. În total 2,68% din PIB este consumat de folosirea drogurilor.

Este interesant de menţionat că, tot în Franţa (1997), băuturile alcoolice sunt răspunzătoare de 8,30% din numărul de decese, ţigaretele de 7,89%, iar drogurile intervin în 0,10% din cazurile de deces.

3.17. INTERACŢIA ALCOOLULUI CU MEDICAMENTELE

Unele medicamente nu pot fi administrate o dată cu alcoolul. Altele nu pun nici o problemă. Când nu este indicat consumul de alcool în timpul unui tratament medicamentos, acest fapt este semnalat în prospectul medicamentului.

Alcoolul şi medicamentele se pot influenţa în trei moduri:

a) Medicamentele pot încetini degradarea alcoolului. Ca urmare a acestui fenomen, reziduuri toxice de alcool rămân mai mult timp în organism. Aceasta poate fi la baza efectelor dezagreabile ca, o faţă congestionată şi

Scanned with OKEN Scanner

roşie, greaţă, dureri de cap, creşteri ale presiunii arteriale şi palpitaţii cardiace.

b) Alcoolul poate întârzia metabolismul anumitor medicamente permiţând acestora să rămână mai mult timp în organism. El este în competiţie cu compuşii terapeutici monopolizând aceleaşi enzime metabolice. Consecinţa poate fi o supradoză de medicamente, cu creşterea riscului apariţiei de efecte secundare.

c) Alcoolul poate amplifica acţiunea şi efectele secundare ale anumitor medicamente.

Interacţia alcool-medicamente[3.59] este responsabilă de 25% din internările de urgenţe medicale. Persoanele în vârstă, de peste 65 de ani, la care susceptibilitatea reacţiilor adverse este mai mare, sunt mai expuse riscului interacţiei alcool-medicamente.

Alcoolul poate amplifica efectele inhibitoare ale compuşilor hipnotici la nivelul lor de acţiune din creier.

În tabelul 3.7 sunt date exemple de interacţii alcool-medicamente.

Tabelul 3.7[3.60]

Interacţii alcool-medicamente

Grupe de medicamente	Efectele asocierii cu consumul de alcool
Anestezice	Reducerea efectului anestezic; risc de leziuni hepatice
Analgezice	Reducerea funcţionării sistemului nervos central
Anti-inflamatoare, analgezice	Iritarea şi sângerarea tractului digestiv
Antibiotice	Greaţă, vomă, migrenă, posibilitatea convulsiilor, reducerea eficacităţii medicamentului
Anticoagulante	Consumul acut al unei doze mari de alcool,

[3.59] M.S. Couram et. coll. Alcohol and drug interactions-Practical gastroenterology, 1992, 16, 47-50

[3.60] C.S. Lieber. Interaction of ethanol and other drugs. Medical and nutrition complication of alcool: mechanism and management. NY, Prelum Press 1992, 165-288

Scanned with OKEN Scanner

	creşte efectul anticoagulant cu risc de hemoragie Consumul cronic reduce efectul anticoagulantului cu risc de tromboză
Antidepresive	Sporirea efectului sedativ, reducerea aptitudinilor mintale
Antidiabetice	Consumul acut prelungeşte efectul hipoglicemic Consumul cronic reduce efectul glicemic
	În ambele cazuri: greaţă, migrenă, reacţii severe şi previzibile
Antiepileptice	Consum acut : creşterea riscului efectelor secundare Consum cronic: reducerea efectului antiepileptic chiar în perioada de abstinenţă
Antihistaminice	Sporirea efectului sedativ, somnolenţă, lipsa atenţiei, ameţeli.
Antihipertensive	Sporirea efectului hipotensiv, reducerea presiunii sângelui
Antiulceroase	Creşterea disponibilităţii alcoolului, chiar în cantităţi mici de alcool
Capsule cu cedare prelungită	Capsula se dizolvă mai repede, compusul activ este cedat fără întârziere
Neuroleptice	Consumul acut de alcool amplifică efectul sedativ, dificultăţi respiratorii Consumul cronic, leziuni hepatice
Hipnotice	Puternică amplificare a efectului hipnoticelor de depresie a sistemului nervos central
Tranchilizante	Amplifică efectul sedativ, slăbeşte atenţia şi judecata

La *consumul cronic* de alcool, o creştere a dozei de anestezice[3.61] poate produce o pierdere a cunoştinţei.

Un *consum acut* de alcool poate provoca greaţă, vomă, migrenă când este combinat cu antibiotice. El modifică şi acţiunea antimalarică a quinacrinei. De asemenea reduce disponibilitatea izoniazidei, tuberculostatic, în sânge. Un *consum acut* de alcool reduce şi disponibilitatea rimfampicinei.

[3.61] A. Fassoulaki et coll. Chronic alcoholism increases the induction dose of propofol in humans. *Anesthesia and Analgesia*. 77(3): 553-556.

Scanned with OKEN Scanner

Alcoolismul şi depresia sunt adesea asociate şi există un mare potenţial de interacţie alcool-antidepresive. Alcoolul măreşte efectul antidepresivelor, în special triciclice, ca amitriptilina, reducând funcţiunile mentale. Deşi *consumul critic de alcool* măreşte efectele sedative ale antidepresivelor, el poate micşora potenţialul unor antidepresive. Acţiunea persistă chiar după oprirea băuturii. Mecanismul acestor acţiuni nu este cunoscut.

Tiramina se găseşte în unele vinuri şi bere şi reacţionează cu câteva antidepresive, ca inhibitorii monoaminoxidazei, provocând o pronunţată creştere a presiunii sanguine.

Se prescriu medicamente antihistaminice pentru alergii. Unele dintre ele sunt accesibile fără prescripţie medicală pentru tratarea alergiilor şi a insomniei. Persoanele vârstnice sunt în special sensibile la interacţia alcool-antihistaminice.

3.18. CE TREBUIE SĂ FACĂ FARMACISTUL [3.62]

Farmacistul, ca un agent de sănătate, căruia medicul şi clienţii îi sunt familiari, este avantajat în toate situaţiile în care el poate influenţa populaţia, cel mai mult în cazurile de risc: femeia însărcinată pentru care alcoolul nu este un pericol imediat pentru ea ci pentru făt, mama care alăptează, adolescenţii, bătrânii şi cei care se găsesc în dificultate (şomeri, divorţaţi, etc.). El poate explica efectele adverse ale alcoolului, accentuând pericolul consumului de alcool la volan, sau în timpul activităţilor care cer o concentrare intelectuală.

În cazul în care farmacistul consideră că are de-a face cu un băutor, el îi poate face următoarele recomandări, printre altele, care pot fi cu adevărat în sprijinul reducerii consumului de alcool:

[3.62] White paper. Integration of prevention in the community. Pharmecy. Barcelona, 1997.

- Să bea băuturi fără alcool înaintea celor alcoolice.
- Să bea prima băutură după ce a început să mănânce.
- Să schimbe băutura cu bere fără alcool.
- Să bea încet.
- Să planifice activităţi sau lucruri pe care să le facă în timp ce bea normal.
- Să facă uşoare exerciţii fizice în locul băuturii când este stressat sau plictisit.
- Să-şi extindă preocupările (muzică, citit, sport).
- Să nu meargă la bufet (cârciumă) în timpul lucrului.
- Să limiteze întâlnirile cu prietenii care sunt băutori înrăiţi.

Farmacistul poate de asemenea să întărească acest proces prin menţionarea beneficiilor obţinute prin renunţare la băutură:

- Un somn mai bun,
- Dispariţia durerilor de cap,
- O memorie mai bună,
- Înfăţişare armonioasă,
- O dietă mai echilibrată,
- Un risc mai redus de hipertensiune arterială,
- Un risc mai redus de îmbolnăvire a ficatului,
- Un risc mai redus de tulburări nervoase,
- Un risc mai redus de cancere,
- Un risc mai redus de rănire,
- O stare sufletească mai bună,
- Îmbunătăţirea relaţiilor cu familia şi
- Economisirea banilor.

Farmacistul poate să reamintească pacientului, când foloseşte un medicament incompatibil cu alcoolul, să nu bea. Acelaşi lucru se aplică pacienţilor a căror boală nu permite consumul de alcool.

Este mai puţin obişnuit ca un alcoolic să ceară ajutor direct de la farmacist şi sunt destul de rare cazurile în care acesta poate să-şi ofere sfaturile. În aceste situaţii este folositor să aibă o listă a centrelor specializate (în dependenţă de droguri şi dezintoxicare).

Scanned with OKEN Scanner

Furnizarea adreselor şi încurajarea pacienţilor pentru a le contacta poate avea rezultate benefice.

În toate cazurile în care pacientul solicită o medicaţie pentru combaterea alcoolismului (disulfiram, cianamidă de calciu) trebuie sfătuit să nu consume alcool sau alte medicamente care conţin ca excipient alcool. Trebuie transmis mesajul că alcoolismul poate fi învins cu un tratament potrivit.

Ce poate face în plus farmacistul

Uneori farmacistul poate suspecta o persoană că dezvoltă un sindrom de alcoolo-dependenţă. În acest caz, există metode de screening cu care se poate pune mai precis diagnosticul, metode care constau în chestionare (pag. 225).

Se recomandă cel avizat de OMS.

În cazul unor rezultate pozitive farmacistul va încerca să încurajeze subiectul să consulte cât mai repede posibil un medic de specialitate.

3.19.PUBLICITATEA

În anul 1981 două miliarde de dolari au fost cheltuiţi cu publicitatea la nivel mondial. Oamenii din ţările în curs de dezvoltare sunt foarte vulnerabili la mesajele vehiculate de industrie. Această publicitate masivă urmăreşte crearea de noi mărci, de noi gusturi, deschiderea de noi pieţe, în special în două sectoare mai vulnerabile, din punct de vedere al sănătăţii, la aceste tehnici, femeile şi copiii.

Publicitatea pentru băuturi alcoolice este limitată în multe ţări. Opiniile diferă cu privire la impactul asupra consumului şi problemelor legate de acesta. Reprezentanţii industriei pretind adesea că publicitatea nu influenţează decât repartiţia consumului

Scanned with OKEN Scanner

între diferite mărci. Dar s-a constatat că poate produce o creştere a consumului pe termen lung[3.63] la tineri.

Instaurarea unei reglementări a publicităţii antrenează costuri. O reglementare complicată, parţială este mai dificil de respectat decât o interdicţie completă. Astfel costurile nu reflectă direct rigoarea restricţiei.

Industria alcoolului poate încerca să scape de reglementări lansându-se în sponsorizări ale evenimentelor sportive, ceea ce antrenează costuri indirecte de control.

Anumite costuri sunt încă mai dificil de măsurat. Industria alcoolului pretinde adesea că reglementarea publicităţii limitează libertatea de expresie, face dificilă lansarea de noi „băuturi de calitate" şi nu îndeamnă la creşterea eficacităţii. Aceste aserţiuni nu sunt sprijinite de studii empirice.

În România publicitatea este reglementată prin legea 148/2000 care la articolul 12 precizează: „Publicitatea pentru băuturi alcoolice şi pentru tutun nu este permisă în publicaţii destinate în principal minorilor, în sălile de spectacole înainte, în timpul şi după spectacolele destinate minorilor".

Această lege permite, de exemplu, organizarea de festivaluri ale berii la care îşi fac reclamă producătorii de bere, cu vânzare, adunând în special tinerii, folosind ca momeală o scenă în aer liber cu formaţii de muzică uşoară.

În anul 2003, la Bucureşti, în Piaţa Constituţiei, între 30 mai şi 8 iunie a fost organizat, de un producător de bere, un festival aniversar, împreună cu Primăria. Timp de 10 zile s-a vândut bere, nu şi fără alcool, la un număr mare de tejghele, pentru a nu se aştepta, iar seara s-a transmis, de pe o scenă improvizată muzică uşoară, a unor formaţii cu priză la tineret. Tinerii veneau în grupuri să asculte muzica dar testau şi drogul. Unora li se părea amar, dar nu puteau să nu participe la „gustul" general al grupului.

[3.63] G. ED. Edwards. Alcohol policy and the public good. Oxford. Oxford University Press, 1994

Scanned with OKEN Scanner

Festivalul este de fapt „o şcoală" unde se pregătesc băutorii de mâine.

Foarte mulţi tineri erau minori, dar nu-i întreba nimeni de vârstă pentru că „este festival", cum spunea o vânzătoare. De altfel mulţi dintre vânzători erau eleve şi elevi din anul IV de la Liceul Economic nr. 4 din Şoseaua Viilor, tot minori. Şi toate acestea s-au petrecut sub ferestrele Parlamentului.

Dacă în lege sunt menţionate „sălile de spectacole" probabil că organizatorii şi-au zis că un spectacol în aer liber nu încalcă legea şi pot face orice. De altfel, pentru încălcarea articolului 12 nu se menţionează cine aplică sancţiuni pentru încălcarea prevederilor legii.

Membrii Consiliului Naţional al Audiovizualului, ţinând cont de creşterea consumului de alcool în rândul minorilor, cât şi a publicităţii băuturilor alcoolice distilate, au luat la 13 februarie 2003 o decizie privind publicitatea băuturilor alcoolice distilate, după cum urmează:

Art.1. (1) În cadrul serviciilor de programe de televiziune este interzisă , în intervalul orar 6-22 orice formă de publicitate la băuturile alcoolice distilate.

(2) În cadrul serviciilor de radiodifuziune sonoră este interzisă orice formă de publicitate la băuturi alcoolice distilate în următoarele intervale orare:

a) 6-8 şi 10-22 în zilele de luni până vineri;
b) 6-22 sâmbăta şi duminica

Conform deciziei 36/2003 a CNA, radiodifuzorii nu vor putea transmite înainte de ora 22 nici o competiţie sportivă internă în care se face reclamă băuturilor alcoolice distilate. Se înţelege inscripţionarea tricourilor, cât şi reclamele din jurul terenurilor sau din incinta stadioanelor.

Măsura luată, în sfârşit, este bine venită dar ea se referă la reclama directă. Ea nu se referă la transmiterea imaginilor de la evenimente festive, semnarea de acorduri, decorări, aniversări, etc. la care se serveşte şampanie şi se „ciocneşte". Aceste imagini au rolul de a păstra tradiţia, cultura, într-un domeniu care s-a

Scanned with OKEN Scanner

dovedit a fi foarte dăunător sănătăţii individului, familiei şi societăţii. Ele îndeamnă pe tineri la băutură şi sunt argumente pentru dependenţi de a nu renunţa la băuturile alcoolice. Se pot transmite ştiri despre evenimentele menţionate, dar fără fazele cu crearea de euforie.

CNA ar putea interveni şi în ce priveşte conţinutul programelor de radio şi televiziune cerând scoaterea „cântecelor de pahar" de muzică populară şi uşoară.

Totodată decizia se limitează la publicitatea băuturilor distilate nu şi la vin sau bere, care nu se obţin prin distilare dar care sunt la fel de dăunătoare ca şi cele distilate, conţinând acelaşi drog, alcoolul. Diferă doar concentraţia. Consumând cantităţi mai mari de vin sau bere (cu pahare mai mari) se ajunge la aceeaşi alcoolemie. Cu vin sau bere se poate ajunge la fel de uşor sub masă ca şi cu ţuică, palincă, vodcă sau whişky.

Reclamă băuturilor alcoolice fac unele publicaţii* care *informează cititorii* cu *ştiri de larg interes* privind *„descoperiri"* de noi băuturi alcoolice cu titluri mari cum este : *„Vodcă fără mahmureală"* şi subtitlul „bei oricât şi nu te doare capul". Invenţia este atribuită unei fabrici de băuturi alcoolice bulgare şi constă în adăugarea de miere de albine, a unor vitamine şi a unor „elemente bioactive", care ajută la „asimilarea rapidă a alcoolului în organism şi la eliminarea acestuia în timp record".

Alcoolul, şi „asimilat" şi „eliminat" din organism nu face decât rău. Cum poate face bine o astfel de informaţie nesemnată, fără menţionarea sursei care tratează o problemă foarte importantă, alcoolismul, la un nivel sub mediocru?

Când Societatea Civilă şi Casa de Asigurări de Sănătate vor acţiona şi vor reuşi să interzică reclamele la băuturi alcoolice şi să oblige pe producători să menţioneze pe etichete efectele nocive ale alcoolului aşa cum se procedează pentru ţigarete?

În ţările membre ale Organizaţiei de Cooperare şi Dezvoltare Economică, în care publicitatea pentru băuturile tari

---

* *Libertatea*, 6.05. 2003

Scanned with OKEN Scanner

este interzisă, consumul de alcool este mai mic cu circa 16% faţă de celelalte, iar în cele în care publicitatea pentru bere şi vin este interzisă, consumul de alcool este mai mic cu 11% faţă de celelalte în care interdicţia de publicitate se aplică numai băuturilor tari. Decesele datorate accidentelor de circulaţie au scăzut cu 10% acolo unde publicitatea pentru băuturi tari este interzisă şi cu aproximativ 23% în ţările care au interzis publicitatea pentru toate băuturile alcolice. În cazul tinerilor, o creştere cu 5 minute a expunerii la publicitatea pentru băuturile alcoolice duce la o creştere a consumului de alcool cu 5 g/zi.

Acum publicitatea se face mai puţin pentru băuturi alcoolice decât asupra semnificaţiilor lor şi asupra contextului social în care băuturile sunt consumate. Publicitatea pentru băuturile alcoolice prezintă consumul de alcool ca un comportament care nu pune nici o problemă de risc pentru sănătate şi consecinţe nefaste. Aceste efecte indirecte justifică reglementarea volumului şi conţinutului publicităţii pentru băuturile alcoolice.

Publicitate antialcool

Pericolul beţiei şi conduitei în stare de ebrietate sunt în general bine cunoscute. Mai puţin cunoscute sunt pericolele unui consum regulat de alcool pentru sănătatea fizică şi psihică a indivizilor. De aceea au fost necesare programe de comunicare concentrate pe informaţii precise asupra riscurilor sanitare legate de consumul de alcool în unele ţări occidentale. În Franţa, a fost lansată o campanie *„Alcoolul, nu este nevoie să te îmbeţi pentru a muri"* începând cu 1 octombrie 2001, pe principalele canale de televiziune. Două spoturi de treizeci de secunde, unul adresat femeilor, altul bărbaţilor. Ele demonstrau că şi o persoană care nu ajunge să se îmbete este în pericol şi riscă mai ales un cancer în cazul unui consum prelungit şi excesiv.

Scanned with OKEN Scanner

Campania televizată din Franţa a fost însoţită de două documente care să permită fiecăruia să-şi stabilească consumul şi să beneficieze de sfaturi.

- Un mic pliant informativ intitulat „Sunteţi sigur că ştiţi totul despre riscurile legate de alcool ?"; Au fost difuzate 4 milioane de exemplare în numai două luni.
- Un „Ghid practic pentru stabilirea consumului dumneavoastră de alcool" difuzat în 900.000 de exemplare care conţine:
  - informaţii esenţiale asupra alcoolului ,
  - teste pentru a şti unde te afli faţă de alcool,
  - sfaturi pentru a reduce consumul de alcool.
- Un pliant cu informaţii despre alcool destinat în special tinerilor

La noi cheltuielile cu publicitatea pentru băuturi alcoolice sunt foarte mari fără a exista şi cheltuieli educative de contracarare a celor de publicitate pentru alcool. Dacă presa scrisă şi vorbită ar fi convinsă de importanţa şi necesitatea educaţiei populaţiei, ar putea contracara efectele nocive ale publicităţii pentru băuturi alcoolice numai prin modul de prezentare a unor ştiri. Se dau zilnic ştiri în care se spune cu lux de amănunte că un fiu şi-a omorât tatăl, şi la sfârşit că fiul (eventual şi tatăl) consumaseră alcool, că un tată şi-a bătut soţia, copiii, că o soţie şi-a omorât soţul (beat) cu cuţitul, că s-au produs violuri etc., fără să se scoată în evidenţă cauza imediată, principală, a tuturor nenorocirilor.

De exemplu se dă următoarea ştire*:

„Doi tineri au sfârşit carbonizaţi după o noapte romantică". Se dau detalii privind casa de vacanţă, sosirea pompierilor, găsirea tinerilor carbonizaţi în proporţie de 70%, identificarea lor şi la urmă părerea poliţiei, care spune că tinerii, după ce au consumat băuturi alcoolice, au adormit la lumina unei lumânări, de la care au luat foc. Oare nu consumul de alcool este factorul determinant

---

* *România Liberă*, 14 iunie 2001

Scanned with OKEN Scanner

în „carbonizarea tinerilor"? Fără el nu s-ar fi ajuns aici. Dar în titlu el nu este subliniat.

Acelaşi lucru în cazul ştirii*: *„Incendiu soldat cu o victimă"* în care se arată că un muncitor, Laurenţiu Cimpoiaşu, şi-a pierdut viaţa într-un incendiu provocat de ţigareta sa aprinsă, probabil fiind în stare de ebrietate.

De asemenea în ştirea** *„Bucureştean arestat pentru tentativă de omor deosebit de grav"* se arată că „agresorul consumase mai multe pahare de băuturi alcoolice", dar acest fapt nu este subliniat în titlu, nu se urmăreşte susţinerea luptei împotriva abuzului de alcool.

O altă ştire*** „Şi-a omorât mama cu lovituri de sticlă", o faptă foarte gravă, dar nu se menţionează în titlu starea de ebrietate a criminalului.

În articolul**** *„Bestialitatea tatălui s-a dezlănţuit asupra micuţului de două luni"* se arată că tatăl l-a bătut aşa de rău pe copilul care-l supăra că plânge, până la stare de comă, dar nu se spune în titlu că tatăl băuse o cantitate mare de alcool.

În ştirea *„Viol în drumul dinspre discotecă"* nu se subliniază în titlu că violatorul consumase alcool.*****

„Un român aflat la muncă în Italia a fost ucis". Citind titlul te gândeşti la circumstanţele deosebite ale evenimentului ,când de fapt românul a fost ucis de un prieten, tot român, după o petrecere, victima şi agresorul fiind în stare de ebrietate.******

Astfel de ştiri ar trebui să aibă ca titluri:

- O nouă victimă a alcoolului
- Alte victime ale alcoolului
- O nouă tragedie provocată de alcool

---

* *România Liberă*, 17 aprilie 2001
** *Adevărul*, 7 mai 2001
*** *România Liberă*, 27 oct. 2001
**** *România Liberă*, 17 aprilie 2001
***** *România Liberă*, 17 aprilie 2001
****** *România Liberă*, 29 august 2002

Scanned with OKEN Scanner

- Alcoolul a provocat o nouă tragedie etc.

Situaţia la posturile noastre de televiziune se apropie mai mult de cea care a fost constatată în Anglia, unde la 104 de ore de emisie s-au făcut 1258 de spoturi publicitare pentru băuturi alcoolice şi nici un mesaj privind pericolul băuturilor alcoolice.

Presa britanică însă, de foarte multă vreme acordă o deosebită atenţie alcoolismului, publicând seriale cu ilustraţii adecvate (pag. 248).

Asemenea preocupări au existat şi în alte ţări din Europa apuseană. De exemplu „*Le Nouvel Observateur*" publică un articol „Există o relaţie matematică între alcool şi bolile provocate de acesta" care a fost publicat şi în limba română.*

Presa românească publică articolele unor oameni de ştiinţă români, de exemplu : „Alcoolul şi implicaţiile lui asupra sănătăţii" apărut sub forma a două note ample.** Se remarcă în acest articol, exprimarea simplă dar clară că „ Alcoolismul poate subjuga şi transforma pe om în sluga lui ".

Nu ar fi cazul ca problema alcoolului să fie prezentată la mese rotunde cu specialişti, pe teme cuprinzătoare chiar înainte de a se trece la campaniile, atât de necesare, de luptă împotriva băuturilor alcoolice ?

Campaniile împotriva băuturilor alcoolice în media pot juca un rol important dacă însoţesc măsurile luate de autorităţi la propunerea şi insistenţa Societăţii Civile.

Când vom urmări la televiziune campanii similare celei făcute la TVR-2 impotriva fumatului ?

---

* *România Liberă*, 20 martie 1981

** Radu Ozun, *România Liberă*, 24 oct. 1978

Scanned with OKEN Scanner

3.20 ALCOOLUL ŞI RELIGIA

Alcoolul şi Iudaismul

Vinul este considerat sacru. El este legat de ceremoniile religioase ale iudeilor. Ceremoniile Kiddush , zilele de Sabbath şi cele festive sunt celebrate cu vin. Se beau patru pahare în timpul sărbătorii Passover, două la nuntă, unul la circumciziune şi, prin tradiţie suficient pentru a ajunge la intoxicare la sărbatoarea Purimului. În perioada de doliu vinul poate fi consumat numai la ceremoniile Kiddush, ale Sabath-ului şi sărbătorilor.

Binecuvântarea vinului are loc obişnuit, acasă la masa familiei, când membrii ei trec paharul de la unul la altul, fiecare luând câte o gură de vin. Bând ritual, moderat, evreii nu ajung la exces.

În vechiul Testament[3.64] vinul este unul din importantele daruri date de Dumnezeu omului. El este simbolul bucuriei „Nu există bucurie fără vin" (Peshahim 109 a). Iar în întâia carte a lui Moise, Genesa (Facerea), se spune „Domnul meu, dă rouă şi adăpost, fructe ale pământului, grâu şi vin din abundenţă."

Pe de altă parte în Talmud se recunoaşte că ceea ce a fost creat de Dumnezeu pentru delectarea omului este esenţial bun, iar învăţătura Talmudului cere o sensibilă moderaţie. Ambele extreme, austeritatea şi excesul plăcerii sunt condamnate ca dăunătoare.

În vechiul Testament şi în Talmud există multe pasaje în care se menţionează şi se condamnă efectele nocive ale alcoolului, similare cu cele actuale. De exemplu, povestea lui Noah, care în stare de ebrietate apare gol în faţa familiei, şi a lui Lot care după ce bea prea mult vin comite un incest dintre cele mai păcătoase după tradiţia iudaică.

[3.64] P. Fouquet, M. De Borde , Histoire de l'Alcool. Presses Universitaires de France. 1990, p. 50-51

Scanned with OKEN Scanner

Alcoolul şi creştinismul

Biblia se referă de aproape 150 de ori la vin.

Dacă în Vechiul Testament vinul este un simbol al acordului cu Dumnezeu, în Noul Testament vinul este chiar sângele Domnului Iisus Hristos vărsat pe Cruce pentru mântuirea oamenilor.

Vinul vine să înlocuiască sângele şi sacrificiile umane din antichitate.

Sfântul Apostol Matei (26:27,28) la „Cina cea de taină" spune despre Iisus : „Iar pe când mâncau ei, Iisus, luând pâine şi binecuvântând, a frânt şi le-a dat ucenicilor, zicând: „Luaţi, mâncaţi, acesta este Trupul Meu". Şi luând paharul şi mulţumind le-a dat zicând:„Beţi dintru acesta toţi, că acesta este Sângele Meu, al Legii celei Noi, carele pentru mulţi se varsă spre iertarea păcatelor"*

Prima minune făcută de Iisus Hristos este înmulţirea vinului la nunta din Cana Galileei (Ioan 2:1).

Într-una din ultimele predici, descrisă de Sfântul Apostol şi Evanghelist Luca (21:34), Iisus este împotriva alcoolului: „Luaţi aminte să nu vi se îngreuieze inimile de îmbuibare şi de beţie..."

În Epistola I a Sfântului Apostol Pavel către Timotei (I, 3:3) referitoare la calităţile unui episcop se spune : „... nu beţiv, nu bătăuş..."

Deşi , în Noul Testament, nu este interzis direct consumul de alcool, câteva mişcări religioase ca Adventiştii, Armata salvării, Mormonii etc, propovăduiesc abstinenţa totală bazându-se pe cuvintele Sfântului Apostol Pavel din Epistola către Corinteni (I, 6:19) :

„Sau nu ştiţi că trupul vostru este templul Duhului Sfânt cel ce este întru voi. Cel pe care de la Dumenzeu îl aveţi ? şi că voi nu sunteţi ai voştri ?"

---

* Textele biblice sunt din „Biblia sau Sfânta Scriptură" versiune diortosită după Septuaginta de Arhiepiscopul Bartolomeu Valerian Anania. Editura Institutului Biblic şi de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, Bucureşti, 2001

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea se bazează pe Epistola Sfântului Pavel către Efeseni (5:18):

„Să nu vă îmbătaţi de vin, în care este pierzanie ci vă umpleţi de duh."

Tot Sfântul Apostol Pavel spune: „Toate-mi sunt îngăduite, dar nu toate-mi folosesc. Toate-mi sunt îngăduite dar nu toate zidesc (I Corinteni,10:23), şi „Toate-mi sunt îngăduite, dar nu toate -mi sunt de folos. Toate-mi sunt îngăduite dar eu nu voi fi stăpânit de ceva".(I Cor. 6:12).

Astăzi Biserica are o activitate educativă privind alcoolismul, pentru că „....omul nu a mai putut păstra dreapta socoteală întru folosirea darurilor încredinţate lui de Dumnezeu spre trebuinţa vieţii" cum spune părintele Gala Galaction.

Într-o broşură, Protos. Nicodim Măndiţă spune în precuvântare pe înţelesul tuturor :„ Beţia e un tâlhar infernal, care despoaie pe robiţii săi de tot ce au ei mai sfânt, mai preţios şi mai de folos în viaţa aceasta. Beţia tăbăreşte asupra beţivilor ca o fiară sălbatică asupra prăzilor sale, pe care îi sugrumă cumplit, până-i ucide completamente: moraliceşte, sufleteşte şi trupeşte. Beţivii îşi pierd mintea, încât nici nu ştiu ce trebuie să grăiască şi ce să tacă.[3.65]

Alcoolul şi Islamul

Mahomed, în secolul al VII-lea d.Hr. a interzis consumul oricărei substanţe, cum este vinul, care ar putea dăuna purităţii sufletului.

În multe civilizaţii, băuturile alcoolice şi mai ales vinul, au fost acoperite cu proprietăţi mistice. În cultura noastră, latină şi creştină, vinul manifestă un caracter sacru şi, sub această pecete, „idei forţă" au ajuns la noi şi se mai păstrează în anumite medii: vinul care dă sânge, vinul care aduce bucurie (când nu este vorba decât de euforie), vinul care dă forţă (când nu este vorba

---

[3.65] Protos. Nicodim Măndiţă, Fugiţi de şarpele beţiei. Editura AGAPIS, 2001

Scanned with OKEN Scanner

decât de un proces de excitaţie-anestezie), vinul care măreşte virilitatea etc.

3.21. CONFERINŢA EUROPEANĂ „SĂNĂTATE, SOCIETATE ŞI ALCOOL"

Pornind de la faptul bine cunoscut că alcoolul poate dăuna sănătăţii, atât a beţivilor, cât şi a familiei lor, prietenilor, colegilor şi altor persoane, că urmările nefaste ale consumului de alcool costă scump societatea, ţările europene s-au asociat în anii '90 pentru a face faţă acestor probleme grave. După adoptarea, în 1991, a unui cadru de strategie europeană a *Sănătăţii pentru toţi,* s-a preconizat o reducere a consumului de alcool. În anul 1992 s-a adoptat un plan de acţiune europeană contra alcoolismului care este un ansamblu de recomandări constructive. După aceste două iniţiative, s-a organizat la Paris, în anul 1995, conferinţa europeană *„Sănătate, societate şi alcool"* de către OMS.

Este prima dată când delegaţii oficiale ale Regiunii europene se reunesc sub lozinca: „ Cu mai puţin alcool, este mai bine". Delegaţiile au adoptat Carta europeană asupra consumului de alcool. Au fost indicate şi măsurile ce urmau să fie luate pentru a aplica cele cinci principii şi zece strategii pentru a reduce riscurile legate de consumul de alcool în Europa.

Această importantă şi curajoasă acţiune are nevoie de o susţinere activă de către mass-media, care nu trebuie să fie un martor pasiv, să se mărginească la difuzarea de informaţii şocante, ci să fie un partener util făcând eforturi pentru ameliorarea calităţii vieţii.

Un rol deosebit revine anumitor organizaţii neguvernamentale, care pot descrie cu pasiune şi pertinenţă impactul alcoolului asupra individului, familiei şi colectivităţii.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste organizaţii pot da curajul şi energia de acţiune fără riscuri politice:

La conferinţă[3.66] s-a subliniat că, pentru a crea condiţiile succesului, fiecare ţară trebuie să aibă o politică naţională completă şi un program care să cuprindă modurile generale de acţiune adaptate la nevoile şi caracteristicile ţării. Fără o politică naţională clară, cu obiective pe un timp determinat, toată activitatea este sortită eşecului.

CARTA EUROPEANĂ ASUPRA CONSUMULUI DE ALCOOL

Principii etice şi scopuri

1. *Orice persoană are dreptul la o viaţă familială, socială şi profesională, la adăpost de accidente, acte de violenţă şi alte consecinţe nefaste ale consumului de alcool.*

Politica privind alcoolul nu trebuie să se limiteze numai la alcoolism, ci trebuie să abordeze problemele legate de alcool , de dependenţă de alcool, probleme acute şi probleme pe termen lung. Ea trebuie să facă faţă problemelor sociale, psihologice şi psihice, dificultăţilor curente şi rare, minore sau cu consecinţe grave. O astfel de politică trebuie să abordeze nu numai efectele dăunătoare asupra consumatorului de alcool, ci şi pe cele ale familiei sale şi ale altor persoane. Sunt necesare măsuri privind conduita faţă de starea de ebrietate şi de delictele legate de alcool. (Tab.3.8)

[3.66] Avec l'alcool, moins, c'est mieux. Raport de la Conférence européenne „Santé, societé et alcool", Paris, 12-14 decembrie 1995.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3.8

Consum de alcool	Consecinţe	Intervenţii
intensiv	grave (dependenţă)	Tratament specializat
important	nocive	Tratament specializat
moderat	periculoase	Scurte intervenţii
puţin	-	Prevenire primară
de loc	-	Prevenire primară

Într-o strategie globală trebuie luate toate măsurile privind disponibilitatea alcoolului, reducerea preţului real al băuturilor alcoolice, restricţii la nivelul comerţului, într-o optică de sănătate publică şi de securitate publică.

Taxele pe alcool reduc cu eficienţă amploarea problemelor. O creştere a preţului cu 10% duce la o reducere a consumului de bere cu 5% , de vin cu 7,5%, de distilate cu 10%. Se pare că marii băutori sunt atinşi de acest tip de măsuri. O creştere a preţurilor duce şi la o importantă scădere a mortalităţii prin ciroză. O scădere de 10% a consumului pe locuitor se traduce printr-o scădere cu aproximativ 20% a mortalităţii legate de alcool la bărbaţi şi 5% a accidentelor mortale, sinuciderilor şi omuciderilor pe ansamblul populaţiei.

Măsurile care influenţează disponibilitatea fizică a alcoolului sunt de asemenea eficace. Ele pot consta în adoptarea unei vârste minime pentru consumul de băuturi alcoolice, limitarea orelor şi a zilelor de vânzare şi reglementarea numărului, tipului şi localizarea debitelor de băuturi. Restricţiile publicităţii au ca efect reducerea consumului şi, corespunzător, a pericolelor.

Pentru ca o politică de sănătate publică să fie încoronată de succes, este esenţial ca populaţia să o accepte, şi mai bine, să o susţină activ.

Scanned with OKEN Scanner

2. *Orice persoană are dreptul de a primi de la un stadiu precoce al existenţei sale o educaţie şi informaţii obiective şi de încredere privind efectele alcoolului asupra sănătăţii, familiei şi societăţii*

Familia este principalul mediu prin care experienţa se transmite de la o generaţie la alta. Majoritatea copiilor descoperă alcoolul datorită părinţilor lor, la o vârstă fragedă, iar alţii spre sfârşitul adolescenţei. De asemenea, se transmit tradiţiile religioase, sociale, culturale şi colective în legătură cu alcoolul. De aceea trebuie acordată prioritate familiei pentru educaţie. Familia este adesea locul unde are loc şi consumul periculos şi excesiv de alcool.

Educaţia familiei trebuie să ajute membrii săi să dobândească cunoştinţele şi competenţele care să le permită înţelegerea efectelor consumului de alcool.

Un efect deosebit poate avea educaţia la şcoală, unde copiii îşi pot explica manifestările de violenţă şi alte consecinţe ale consumului de alcool făcându-i să evite toată viaţa consumul de alcool.

Adolescenţii, mai independenţi, sunt adesea influenţaţi de prieteni, de vedete sau idoli sportivi mai mult decât de familie. Publicitatea şi imaginile vehiculate de mass-media au de asemenea un impact asupra adolescenţilor.

În Europa există diferenţe considerabile între consumul de alcool al tinerilor şi al părinţilor, mai mult la oraşe decât la sate. În special în centrul oraşelor mari tinerii consumă alcool departe de influenţa părinţilor. Adesea tinerii care beau mult consumă şi alte droguri şi fumează.

Consumul de alcool scade la adulţi, ca urmare a creşterii responsabilităţii familiale şi a factorilor economici. Părinţii sunt responsabili de educaţia copiilor şi a tinerilor. Dar această educaţie depinde de exemplul personal.

Scanned with OKEN Scanner

3. *Toţi copiii şi adolescenţii au dreptul la o creştere într-un mediu cu riscuri reduse, la adăpostul consecinţelor nefaste ale consumului de alcool şi, în măsura posibilului, ale promovării băuturilor alcoolizate.*

Copiii din familiile cu alcoolici se găsesc în insecuritate şi suferă din lipsa baniior. Ei se pot concentra greu asupra învăţăturii şi pregătirii temelor date la şcoală. Adesea părinţii lor au dispute, se denigrează şi se manifestă violent.

Mass-media din ţara noastră semnalează adesea cazuri de părinţi care îşi maltratează copiii pâna la mutilare sau moarte fără însă a sublinia cauza, anume alcoolismul.

Viaţa socială a familiilor cu alcoolici este limitată. Alcoolicii fiind judecaţi foarte sever de către societate, copiii se tem să se descopere că părinţii lor beau, iar când aceştia beau, copiii sunt izolaţi de prietenii lor. Unii sunt obligaţi să-şi asume responsabilităţi de adulţi. Pe de altă parte copiii se tem de moartea părinţiilor. Copiii au de suferit din cauza acestor situaţii şi mulţi dintre ei au sechele când devin adulţi.

În general problemele alcoolului apar progresiv şi durează mult timp. Dependenţa se instalează treptat şi, cum problemele alcoolului sunt însoţite de alte evenimente şi dificultăţi familiale, membrii familiei decid greu să-şi schimbe modul de viaţă.

Pe de altă parte, unii copii sunt supuşi unor manifestări reprobabile ale părinţilor, care îi îndeamnă să bea, chiar insistând ca odraslele lor să „bea o gură de ţuică", să se simtă bine, amuzându-se de „setea" şi aparenta bărbăţie a puştilor.

Un rol nefast asupra tinerilor îl au reclamele pentru băuturi alcoolice făcute de mass-media şi prin panouri publicitare plătite de societăţile comerciale producătoare sau importatoare de băuturi alcoolice .

Reclamele făcute cu pasiune, „fantezie" şi dărnicie, demne de o cauză mai bună, nu numai că-i atrag pe oameni prin simpla lor prezentare, dar îi îndeamnă direct să bea.

Scanned with OKEN Scanner

Ultimele studii efectuate în Europa au arătat că 1/4 din decesele persoanelor de sex masculin cu vârste între 15 şi 29 de ani sunt cauzate de alcool. De aceea se impune atât protecţia şi promovarea sănătaţii tinerilor, cât şi implicarea lor în acţiunea de combatere a alcoolismului.

4. Orice persoană care consumă alcool periculos sau nociv şi membrii din anturajul ei au dreptul la un tratament şi îngrijiri accesibile

Oamenii sunt tot mai conştienţi de dreptul lor la sănătate şi de responsabilitatea care le revine pentru a o întreţine. De aceea ei cer sfaturi şi informaţii asupra modului de viaţă sănătos personalului de asistenţă primară, care nu are întotdeauna pregătirea necesară pentru activităţile de informare asupra riscurilor legate de consumul de alcool şi sfatul asupra modului prin care fiecare poate să-şi modifice obiceiurile.

În Anglia, cu un consum de 9 litri de alcool pur pe locuitor în anul 1991, s-a estimat că din 2000 de persoane deservite de un cabinet de medicină generală 55 erau consumatori cu risc mare, 200 persoane cu risc mic, iar 9-11% bărbaţi şi 3-5% femei erau băutori cu probleme.[3.67] Persoanele cu un consum ridicat de alcool folosesc serviciile de asistenţă primară mai frecvent decât alţi pacienţi.

Marii băutori, „moderat dependenţi", au fost supravegheaţi în diferite unităţi de asistenţă primară din mai multe ţări într-un cadru de cercetări clinice coordonat de OMS. Opt centre reprezentând 1490 de pacienţi au împărţit marii băutori în trei grupe: o grupă martor, o grupa de intervenţie unde evaluarea a fost urmată de scurte sfaturi şi o a treia grupă care a beneficiat de o şedinţă de îndrumare de 15 minute şi de un manual.

[3.67] OMS. La lutte contre l'alcoolisme au niveau associatif et municipal 1997 (série européne, No. 63)

Scanned with OKEN Scanner

După 6-9 luni bărbaţii din grupa a doua au redus consumul de alcool cu 25% faţă de cei din grupa martor, iar femeile cu 10%. Prelungirea îndrumărilor nu a adus avantaje suplimentare.

Aceste rezultate încurajatoare arată că asistenţa primară poate avea un impact de loc de neglijat în diferite medii.[3.68]

Este necesară instituirea de programe de formare a medicilor şi infirmierelor pentru asistenţa primară, la care să participe profesionişti şi servicii specializate în lupta contra alcoolismului.

OMS distinge 12 competenţe necesare medicilor şi echipelor de asitenţă primară de a se ocupa de pacienţi cu probleme, eventuale sau reale, legate de alcool[3.69] :

1. Cunoşterea prevalenţei consumului periculos şi nociv de alcool şi a problemelor fizice, psihologice şi sociale care decurg;
2. Cunoşterea şi aprecierea consecinţelor acestor probleme pentru parteneri şi familia pacientului;
3. Cunoşterea atitudinii pacientului faţă de alcool;
4. Aptitudine de a releva indicii fizici, psihologici şi sociali ai unei probleme de alcoolism;
5. Aptitudine de comunicare, într-un context adecvat de informaţii precise asupra alcoolismului şi problemelor care decurg la pacienţi şi anturajul lor;
6. Aptitudine de a stabili o distincţie între nivelele de consum puţin riscante, periculoase sau nocive şi cele care antrenează o dependenţă;
7. Aptitudine de a face faţă consecinţelor şi complicaţiilor fizice ale unei intoxicaţii acute;
8. Aptitudine de a determina cu precizie antecedentele referitoare la alcoolism;
9. Aptitudine de a recunoaşte semnele maladiei alcoolice;
10. Aptitudine de a interpreta cu precizie rezultatele de laborator;
11. Aptitudine de a alege o strategie apropiată; scurtă intervenţie şi consiliere sau orientare către colegi sau unităţi medicale apropiate;

3.68 T. F. Babor, N. Grant, Project on identification and management of alcohol related problems. Raport on Phase II. OMS. Geneve, 1992.

3.69 Prévenir et combattre les méfaits de l'alcool dans les cadres de médicine générale. Copenhague. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1992.

Scanned with OKEN Scanner

5. Orice persoană care nu doreşte să consume alcool sau care nu o poate face din motive de sănătate sau alte raţiuni, are dreptul să nu fie supusă la incitaţii de a bea şi să fie susţinută în abstinenţa sa.

Cu excepţia ţărilor în care locuitorii urmează principiile Islamului, care interzice consumul de alcool, unde abstinenţii reprezintă o proporţie foarte ridicată, în restul lumii, este foarte greu de stabilit numărul abstinenţilor. În ţările occidentale proporţia abstinenţilor este de 5-35%.

În figura 3.8 este trecut procentul de adulţi care beau în fiecare zi sau aproape în fiecare zi şi de abstinenţi din câteva ţări din Europa occidentală[3.70]

Pentru multe persoane dependente de alcool, abstinenţa ar fi soluţia cea mai bună. Din păcate există un risc ridicat de recădere.[3.71] Două treimi din persoanele care participă la

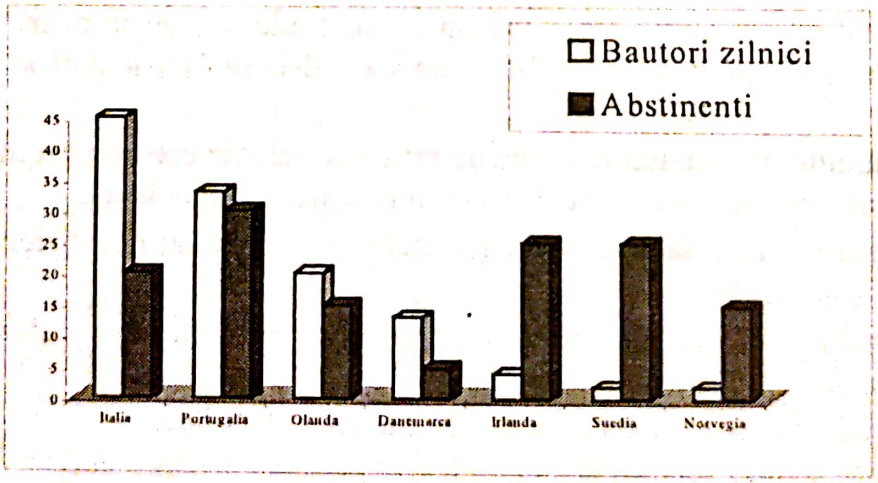


Fig. 3.8. Procentul de băutori zilnici şi abstinenţi în câteva ţări europene

[3.70] A. M Harkin. et al. Alcohol in Europa - a health policy: raportul grupului OMS. Copenhaga 1995.

[3.71] N. Heether. Le traitement de l'alcoolisme. Copenhaga, Biroul generala al OMS pentru Europa, 1995

Scanned with OKEN Scanner

programul de tratament antilcoolic recad în următoarele şase luni după tratament. Pe măsură ce trece timpul, după tratament persoanele tratate devin cumpătate (abstinente). Cea mai frecventă cauză a recăderii este presiunea socială directă, fie sub forma unei încurajări verbale, fie indirectă, prin observarea altor persoane care consumă alcool. Procurarea uşoară a băuturilor alcoolice şi publicitatea pentru ele măresc riscul recăderii. Consumul băuturilor alcoolice este puternic influenţat de anturaj în care se bea moderat sau abuziv. Cum obiceiurile consumului de alcool sunt legate de relaţiile sociale, o modificare a obiceiurilor tinde să devină colectivă.

La Conferinţa Europeană „Sănătăte, societate şi alcool" a OMS, delegatul francez Gérard Dubois spunea: „Este exclusă recomandarea făcută abstinenţilor de a bea băuturi alcoolice. Alcoolul nu poate servi în nici un caz ca medicament. Nici o autoritate sanitară nu va acorda o autorizaţie de vânzare a băuturilor alcoolice."

ZECE STRATEGII DE LUPTĂ CONTRA ALCOOLISMULUI

Cercetările şi succesele obţinute arată că Regiunea europeană va putea avea avantaje importante pe planul sănătăţii şi pe plan economic, prin aplicarea a zece strategii de promovare a sănătăţii şi de luptă împotriva alcoolismului inspirate din principiile etice, în conformitate cu mediul cultural, social, juridic şi economic din diferitele state membre.

Scanned with OKEN Scanner

1. *Informarea cetăţenilor despre efectele consumării alcoolului asupra sănătăţii familiei şi societăţii şi despre măsurile eficiente ce pot fi luate pentru prevenirea şi reducerea, pe cât este posibil, a consecinţelor nocive, elaborând largi programe educative destinate mai ales copiilor şi tinerilor.*

Pentru prevenirea problemelor provocate de consumul de alcool sunt necesare campanii educative. După cum s-a constatat, aceste acţiuni nu au nici un efect asupra consumului de alcool, dacă sunt efectuate pe termen scurt. Aceasta nu trebuie să surprindă având în vedere că asemenea campanii se fac la concurenţă cu mesajele publicitare cu sens opus.

Resursele disponibile pentru acţiuni educative sunt derizorii comparativ cu cele elaborate pentru publicitate de către fabricanţii de băuturi alcoolice.

În Finlanda, la sfârşitul anilor '80, cheltuielile de publicitate pentru berea fără alcool, de fapt cu conţinut slab de alcool, singura pentru care era admisă publicitatea, erau de trei ori mai mari decât cheltuielile campaniilor educative privind alcoolul.

Publicitatea băuturilor alcoolice are şansa găsirii unui ecou favorabil pentru că nu tinde să schimbe ideile foarte răspândite pentru alcool şi consumul său, ci mai curând să le întărească.

Acţiunea educativă este mai dificilă. Ea urmăreşte schimbarea normelor culturale privind alcoolul în vederea modificării comportamentului. Cu toate acestea campaniile educative pot sensibiliza publicul la problemele legate de alcool.

Este necesară acţionarea asupra mass-media pentru a influenţa alegerea problemelor abordate de către acestea precum şi modul în care ele sunt prezentate.

Televiziunea este folosită adesea pentru campanii de sănătate publică. Unele dintre acestea au vizat consumul moderat de alcool dând o imagine negativă beţiei. Aceste campanii duse în

Scanned with OKEN Scanner

anii '70 şi '80 nu au avut nici un efect pe termen scurt asupra consumului de alcool şi asupra daunelor provocate de el. Campaniile în mass-media pot juca un rol important când însoţesc măsurile luate pentru reducerea pagubelor cauzate de alcool.

Educaţia şcolară are efecte asupra cunoştinţelor şi atitudinii tinerilor privind consumul de alcool, dar nu şi asupra comportamentului pe termen scurt. Elevii consideră că ceea ce învaţă în clasă nu are legătură cu viaţa din afara şcolii. De aceea educaţia şcolară are puţine şanse de a juca un rol important în dezbaterea publică asupra alcoolismului.

2. *Favorizarea protejării mediilor publice de accidente, acte de violenţă şi alte efecte negative ale consumului de alcool.*

Consumul de alcool măreşte o serie de riscuri ca: accidente, sinucideri, acte de violenţă în familie, delicte, crime, etc.[3.72]

După mai multe anchete[3.73], alcoolul joacă un rol în 25% din accidentele de muncă. De exemplu, în cazul a 20% din accidentele mortale din Anglia, 15-25% în accidentele de muncă din Franţa şi 8-25% în cele din Polonia. În domeniul transporturilor s-au produs foarte multe accidente grave.[3.73]

O politică eficientă pentru locuri de muncă fără alcool poate fi realizată numai cu participarea tuturor factorilor interesaţi: conducerea întreprinderilor, salariaţi (sindicate), case de asigurări de sănătate. Avantajele unei astfel de politici sunt evidente pentru întreprinderi. S-a estimat că într-o societate americană pentru fiecare dolar cheltuit într-un program antialcool randamentul este de 2-7 dolari.

[3.72] G. Edward et al. Alcool: politique et intérêt général. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996.

[3.73] M. Henderson et al. Alcool et lieu de travail., Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996.

Scanned with OKEN Scanner

Politica antialcool la locul de muncă poate avea şi alte rezultate. De exemplu la Illinois Bell Telephone Comapany s-a tradus printr-o reducere de 46% a incapacităţii de muncă datorită îmbolnăvirilor, la o scădere cu 81% a numărului de accidente de muncă şi la o reducere cu 63% a accidentelor produse în afara muncii.

De efectele nefaste ale consumului de alcool asupra calităţii muncii era convins şi regimul Ceauşescu, care luase măsura de a interzice orice magazin cu băuturi alcoolice în preajma întreprinderilor industriale.

3.Elaborarea şi respectarea unor legi eficiente împotriva alcoolului la volan.

Strategiile de luptă împotriva conducerii autovehiculelor în stare de ebrietate devin eficiente dacă se iau măsuri energice pentru aplicarea lor şi dacă li se face o largă publicitate. Numărul conducătorilor în stare de ebrietate scade direct proporţional cu rigurozitatea aplicării legii; faptul este explicat de teama de a fi prinşi conducând sub influenţa alcoolului. Un rol important îl are publicitatea privind controlul alcoolemiei în traficul rutier.

Alcoolemia conducătorilor auto în ţările europene este reglementată de la 0 la 1g/l. La stabilirea acesteia s-a ţinut cont de datele privitoare la accidentele rutiere şi de rezultatele studiilor experimentale.

În cazul transportului naval mai mult de 50% dintre accidente au fost cauzate de consumul de alcool. Limita alcoolemiei este însă mai ridicată decât în cazul conducerii auto, de exemplu în Finlanda la 1,5 g‰ faţă de 0,25 g‰.

În România nu este permisă conducerea auto sub influenţa băuturilor alcoolice. O alcoolemie de peste 0,8 g/l constituie

Scanned with OKEN Scanner

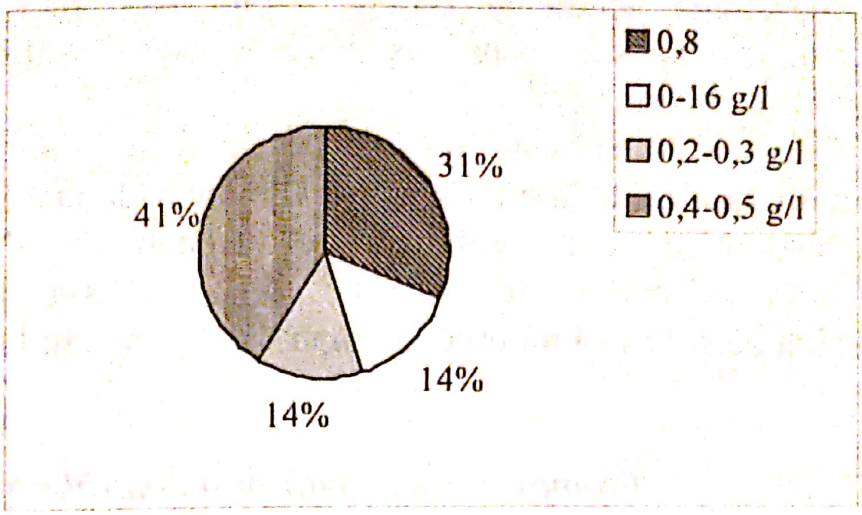


Fig. 3.9 Nivelurile de alcoolemie admise în 38 de ţări din Regiunea europeană

infracţiune şi se sancţionează cu închisoare de la 1 la 5 ani (pag.237).

În multe ţări timp de zece ani au fost reduse limitele legale, iar în altele este în curs de realizare această reducere. Vor trebui să fie armonizate limitele admise la nivelul solicitat de reprezentantul spaniol Javier Alvarez, la 0,5 g/l în sânge sau la valori inferioare . Pentru tinerii conducători auto la care riscul de accidente este mărit, a fost prevăzută valoarea de 0,2 g/l sau mai mică.

Metodele de determinare a alcoolemiei şi de aplicare a reglementărilor diferă de la o ţară la alta în Regiunea europeană.

În multe ţări numai examenul sângelui constituie o probă juridică în ceea ce priveşte delictul de conducere sub influenţa alcoolului . Fiecare ţară va trebui să adopte o legislaţie privind testele cu fiole, făcându-le credibile juridic. O combinare a controalelor sistematice şi aleatorii însoţite de o publicitate la ţintă constituie mijlocul cel mai bun de a detecta contravenienţii şi de a-i descuraja pe cei potenţiali. Pentru ca aceste măsuri să fie eficiente este necesar să se creeze un climat de opinie, după care conducerea auto sub influenţa alcoolului să fie inacceptabilă. Un rol important îl au mass-media care pot scoate în evidenţă, când

Scanned with OKEN Scanner

sunt prezentate accidente rutiere, faptul că fără consumul alcoolului ele nu s-ar fi produs. Este necesară, susţinerea unor acţiuni educative în şcoli.

Pedepsele aplicate în caz de conducere sub influenţa alcoolului variază de la o ţară la alta. Ele merg de la amenzi mari, la închisoare şi sunt combinate cu suspendarea temporară a permisului de conducere. Aceasta din urmă s-a dovedit a-i determina pe şoferi să nu urce la volan după consumul de alcool.

4. Promovarea sănătăţii prin controlul vânzării, de exemplu tinerilor şi prin influenţarea preţului băuturii, de exemplu prin fiscalitate.

Majoritatea ţărilor au recunoscut necesitatea reglementării sau limitării disponibilităţii de alcool în scopul reducerii problemelor datorate consumului excesiv de băuturi alcoolice.

S-a demonstrat că, consumul de vin depinde de disponibilitatea sa din comerţul de detail. Când comerţul cu vin este liber, monopolurile de distribuţie fiind eliminate, ca la noi, unde vinul se vinde şi în pieţe alături de legume, în flacoane din PET la a doua folosinţă, are loc o creştere a consumului şi în consecinţă o creştere a numărului de accidente cauzate de consumul de alcool.

În anul 1980 vârsta legală minimă pentru consumul de băuturi alcoolice în SUA a fost stabilită la 21 de ani. Studiile ulterioare au relevat că această măsură a dus la reducerea problemelor legate de alcool.

Studii consacrate vârstei minime realizate în alte ţări pentru consumul de băuturi alcoolice au demonstart că scăderea ei duce la o creştere a numărului de accidente de circulaţie legate de alcool pentru grupele de vârstă cercetate. Invers, creşterea acestei limite de vârstă duce la reducerea numărului de accidente. Se remarcă faptul ca o creştere a vârstei minime duce rar la o reducere imediată a consumului de alcool la persoanele din grupele de vârstă cercetate.

Scanned with OKEN Scanner

Într-un studiu* realizat de Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate, din ţara noastră, publicat în anul 2001, se arată că tot mai mulţi adolescenţi beau cu mult înainte de majorat, băuturile alcoolice fiind consumate, de regulă pentru prima oară, în familie şi nu în localuri cu prietenii.

Potrivit studiului, aproape 86% dintre tinerii de 17 ani au băut alcool cel puţin o dată până la această vârstă, iar 43% au fost în stare de ebrietate. Peste 45% au băut vin înainte de 13 ani, iar 28,7% au băut bere. 14,3% dintre elevi au băut băuturi tari, iar starea de ebrietate a fost trăită de 21,5% din ei. Tinerii au recunoscut că abuzul de alcool i-a făcut să distrugă obiecte sau haine, au suferit accidente, s-au lovit sau au pierdut diverse sume de bani.

Aceste date sunt foarte apropiate de cele obţinute în studiul făcut de ESPAD (European Survey Program for Alcohol and Drugs) efectuat în perioada 1999-2000 în rândul elevilor născuţi în 1983. După aceste date, România se află pe poziţia 20 din 29 de ţări europene.

Numeroase cercetări care au fost efectuate în ţările dezvoltate, privind efectele preţului alcoolului asupra consumului, au arătat că o creştere a preţului duce în general la o scădere a consumului. Invers, o reducere a preţului duce la o creştere a consumului. În consecinţă, băuturile alcoolice sunt supuse legilor economice ale cererii şi ofertei.

De exemplu în Anglia se estimează că o creştere a preţului alcoolului cu 1% se traduce printr-o scădere a consumului cu 1%. A rămas să se determine dacă efectul preţului este acelaşi pentru toate băuturile şi din alte ţări.

Relativ recent (2002) OMS a prezentat un studiu asupra fenomenului în creştere al consumului de alcool de către tineri; aproximativ 55000 de tineri mor în fiecare an.

---

* În studiu nu se menţionează mediul educativ în care cresc elevii, preocupările lor profesionale, dotarea lor. Ar fi interesant să ştim dacă procentele găsite corespund şi olimpicilor.

Scanned with OKEN Scanner

Cauzele deceselor sunt în majoritate: intoxicarea, sinuciderea, omuciderea sau accidentele rutiere. OMS a constatat că scopul consumării alcoolului s-a schimbat. Înainte era vorba de un alcoolism festiv pentru petrecerea unui moment frumos, iar acum adolescenţii îl folosesc ca drog.

Este pusă în cauză responsabilitatea fabricanţilor. OMS critică ambalajul flacoanelor care se adaptează culturii drogurilor. Soluţia pentru OMS va fi creşterea preţului alcoolului pentru a restrânge accesul tinerilor.

Întrucât tinerii au în general o greutate corporală scăzută şi un ficat mai mic decât adulţii, conţinutul de alcool din sânge creşte mai repede la tineri. De aceea ei se intoxică mai repede decât adulţii. Cu cât încep să bea mai de timpuriu, cu atât riscă mai mult de a deveni alcoolici.Cercetările arată că marii băutori reacţionează la schimbarea preţurilor. Este evidentă legătura dintre modificările preţurilor şi amploarea problemelor legate de alcool, ca ciroza ficatului şi accidentele mortale de circulaţie datorate alcoolului.

Diverse studii asupra majorării taxelor la produsele alcoolice, făcute în Canada şi SUA, relevă că toate majorările de taxe sunt insoţite de reducerea consumului excesiv de alcool, în special la tineri, şi a consecinţelor sale.

Taxarea este fără îndoială o măsură utilă, susceptibilă să întărească efectul altor măsuri luate, diminuarea efectelor nefaste asupra sănătăţii individului şi asupra societăţii.

S-au ridicat însă patru obiecţii la aplicarea de taxe majorate alcoolului ca instrumente ale sănătăţii publice: 1) O creştere a preţului băuturilor vândute în comerţ riscă să stimuleze producţia ilicită sau artizanală, mai ales în ţările în dezvoltare. 2) Autorităţile administrative ale finanţelor publice pot considera sumele provenite din taxele pe băuturi alcoolice ca reţete de colectare. Ele vor ezita să mărească aceste taxe de teama unei pierderi a câştigului. În majoritatea cazurilor, o creştere a preţurilor duce la diminuarea sumelor încasate. 3) Se reproşează că taxele nu sunt socialmente echitabile pentru că sunt suportate

Scanned with OKEN Scanner

de un segment al populaţiei sărace. Cercetările efectuate însă în Noua Zeelandă, Anglia, Statele Unite nu corespund acestei aserţiuni, pentru că, fără excepţie, taxa pe alcool loveşte mai puţin grupurile cu venituri mici decât alte impozite indirecte; 4) Eficacitatea măsurilor fiscale poate fi slăbită dacă frontierele sunt lungi şi la state cu scutire de taxă. Această obiecţie arată că pentru protecţia sănătăţii trebuie să se dea atenţie acordurilor comerciale sau vamale internaţionale.

Se poate spune în concluzie că, în aceleaşi condiţii, consumul de alcool de către populaţie este influenţat de preţ mai mult sau mai puţin, dar în general semnificativ.

Persoanele care beau puţin sau exagerat reacţionează la preţ. Legatura dintre preţ şi consum se traduce printr-un raport între preţ şi gravitatea problemelor pentru populaţie legate de alcool. Aceste corelaţii duc la concluzia că taxarea poate fi un instrument util al sănătăţii publice.

5. *Stabilirea unor reglementări stricte, ţinând seama de limitările sau interdicţiile existente în anumite ţări privind publicitatea directă sau indirectă în favoarea băuturilor alcoolice şi mai ales ca nici o formă de publicitate să nu vizeze expres tinerii, de exemplu prin fixarea de linii de demarcaţie între alcool şi sport.*

Reprezentanta Finlandei, Marjatto Montonen, a spus tranşant: „Reglementarea publicităţii pentru băuturile alcoolice va contribui la salvarea sănătăţii publice. Trebuie limitat acest tip de publicitate prin măsuri legislative".

Alcoolul generează dependenţă. Trebuie restricţionată publicitatea pentru băuturile alcoolice la fel ca pentru ţigarete şi medicamente. Curtea de justiţie a Comunităţii Europene a apreciat că restricţiile legale aplicate publicităţii băuturilor alcoolice se justifică, ele contribuind la protejarea sănătăţii publice.

Scanned with OKEN Scanner

Există date care arată că restricţiile asupra publicităţii provoacă o reducere a consumului de alcool şi a pericolelor legate de alcool.[3.74]

Într-o piaţă stabilă şi saturată, rolul principal al publicităţii este de a înlocui vechii consumatori care dispar şi ca măsurile educative să nu reducă consumul de alcool. Publicitatea contemporană comunică un mesaj care se referă mai mult la semnificaţia şi atracţia produselor, decât la produsele înseşi.

În anul 1995, în 39 de ţări ale Regiunii europene situaţia restricţiilor publicitare la băuturile alcoolice[3.75] era cea prezentată în figura 3.10

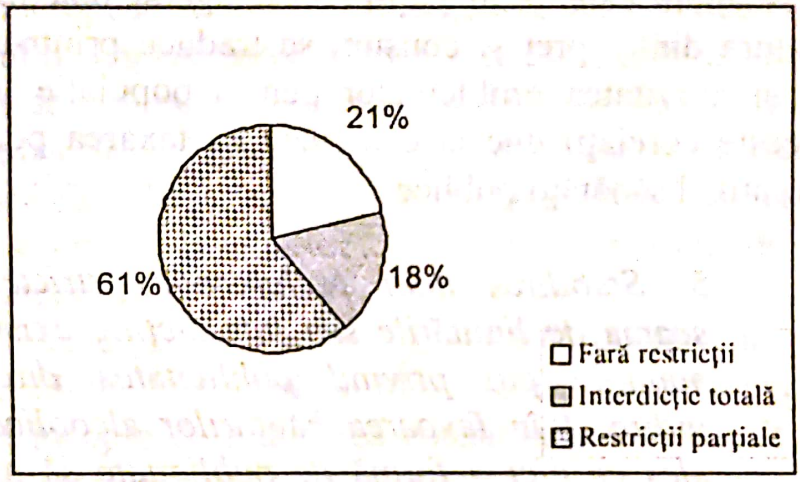


Fig. 3.10 Restricţii publicitare în Europa

De atunci lucrurile s-au schimbat în sensul lărgirii interdicţiilor.

Acolo unde interdicţia totală a publicităţii nu este posibilă, interdicţiile parţiale pot duce la reducerea consumului de băuturi alcoolice. Este de asemenea posibilă limitarea volumului de publicitate prin suprimarea deducţiilor fiscale.

[3.74] M. Montonen. L'alcool et les médias. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996 (OMS, Publications régionales, Série européene No. 62.)

[3.75] A.M. Harkin et al.: Alcohol in Europa – a health perspective. Copenhagen, 1995

Scanned with OKEN Scanner

Dispoziţiile legislative existente în Europa în general limitează publicitatea la radio şi televiziune. Dar este important ca televiziunea să nu transmită reclamele la băuturile alcoolice făcute la manifestările sportive (de exemplu pe stadioane). Acest fapt este dificil şi de aceea trebuie interzise toate reclamele pentru băuturi alcoolice făcute la competiţiile sportive.

În unele ţări, este permisă publicitatea, dar numai conţinând informaţii directe asupra produsului şi caracteristicilor sale.

6. Garantarea accesului la servicii de tratament şi de readaptare eficiente, încadrate cu personal calificat, pentru persoane cu un consum de alcool periculos sau nociv ca şi pentru membrii anturajului lor.

Alcoolismul este o boală multifactorială, în care factorii biologici (de individualitate biochimică, metabolică, neurohormonală) se combină cu cei legaţi de personalitatea bolnavului şi se manifestă în cadrul unor condiţii sociale şi psihologice.

Unii mai cred că „alcoolismul este o boală pe care şi-o poate vindeca bolnavul singur". De la voinţa bolnavului de a se vindeca până la punerea în practică însă este o cale foarte lungă. Alcoolicii cronici nu pot fi ajutaţi de medic împotriva voinţei lor. Ei vin rar la medic de bună voie şi adesea sunt agresivi faţă de medic. Nu recunosc că sunt bolnavi.

Prima condiţie pentru începerea unui tratament este ca pecientul să-şi conştientizeze boala. În Europa (inclusiv în România) şi America mai ales s-au înfiinţat centre teritoriale de prevenire şi consiliere antidrog, alcool şi tutun.* În Paris, de exemplu, există astăzi 22 de centre „Drogues, alcool, tabac infos services" la care se poate face un apel anonim, telefonic, gratuit, la numărul 113. Ele sunt organizate şi susţinute cu personal

* În 1990 existau circa 88000 în 134 de ţări. 1/3 din membrii lor sunt femei iar 1/5 tineri până la 30 de ani.

Scanned with OKEN Scanner

calificat de primăria din Paris, direcţia acţiunii sociale a copilului şi sănătăţii.

Activitatea centrelor de prevenire şi consiliere nu este deloc uşoară, întrucât opinia publică, condiţiile locale privind o serie de tradiţii, obiceiurile şi eventual prejudecăţile, diferă mult de la o regiune la alta. Mediul familial şi de prieteni diferă şi el.

În aproape toate ţările Europei există servicii specializate pentru a asista persoane suferind de probleme legate de alcool: servicii psihiatrice (interne şi externe), dispensare funcţionând în spitale generale, servicii de consult în apropiere. Multe regiuni s-au reorientat de la tratamente interne intensive către o creştere a numărului de servicii externe. Aceste servicii îşi îndreaptă eforturile spre persoane ce manifestă depenenţă, dar în acelaşi timp se orientează şi spre o intervenţie precoce de asistenţă primară.

În Anglia s-au construit echipe de luptă contra alcoolismului formate dintr-o infirmieră, un psiholog, un psihiatru, un consilier şi un asistent social care lucrează în servicii specializate, dar intervin şi în colectivităţi.

Familia şi prietenii

Familia şi prietenii alcoolicilor pot suferi leziuni fizice sau psihologice legate de stress şi sunt un sprijin în cursul tratamentului.

Părinţii apropiaţi de beţiv suferă un stress cronic, care poate dăuna sănătăţii lor psihice şi psihologice. Părinţii sunt conştienţi de ceea ce se întâmplă şi sunt participanţi activi. Ei pot reacţiona diferit în perspectiva reducerii riscului pentru sănătatea lor şi a consumului de alcool de către beţiv.

Scanned with OKEN Scanner

7. Favorizarea responsabilităţii morale şi juridice a tuturor persoanelor care comercializează sau servesc băuturi alcoolice şi luarea de măsuri corespunzătoare impotriva producţiei şi vânzării ilicite.

Formarea personalului care serveşte băuturi alcoolice face parte din politica de luptă contra alcoolismului în SUA şi Australia de mai mulţi ani.[3.76] Acest tip de acţiune poate reduce nivelul alcoolului clienţilor care părăsesc cafenelele şi restaurantele şi, în consecinţă, al accidentelor rutiere în care alcoolul este implicat.

Responsabilitatea civilă a societăţilor comerciale care vând alcool en detail a fost instituită într-un număr de ţări, adesea după legislaţia anglo-saxonă. Această responsabilitate poate fi invocată în caz de despăgubire, dacă vânzarea de alcool unei persoane în stare de ebrietate provoacă un prejudiciu personal sau răniri ca urmare a unui accident de circulaţie, de exemplu. A fost propusă recompensarea persoanelor care servesc băuturi alcoolice ţinând seama de consideraţii de securitate. Un studiu a pus în evidenţă o scădere a numărului de accidente în urma întăririi responsabilităţii.

Norme de securitatea produselor

Majoritatea ţărilor au adoptat norme de securitate a produselor, în funcţie de calitatea băuturilor alcoolice şi au interzis mai ales producţia de mărfuri alimentare ce conţin impurităţi care pun sănătătea în pericol. Mai mult, în mai toate ţările reglementarea defineşte conţinutul maximal în etanol al diferitelor tipuri de băuturi. Poate fi interzisă producerea de băuturi în care gustul de alcool este disimulat sau flacoanele care seamănă cu recipienţi ce conţin băuturi nealcoolice.

[3.76] S. Casswell , Métodes éducatives: le débat public. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pur l'Europe, 1995

Scanned with OKEN Scanner

Multe ţări au adoptat reglementări asupra ambalajelor băuturilor alcoolice şi asupra informaţiilor care trebuie să figureze pe ele (mai ales conţinutul în alcool*). După o directivă a Consiliului Uniunii Europene acest gen de informaţii trebuie să figureze pe ambalajele băuturilor cu un conţinut în alcool de peste 1,2%.

În Statele Unite, trebuie să fie informaţi consumatorii despre efectele nefaste ale alcoolului ca mai jos:

Avertisment

1) Femeile însărcinate nu trebuie să bea băuturi alcoolice din cauza unui risc de anomalie congenitală.
2) Consumul de băuturi alcoolice compromite aptitudinile de a conduce un vehicul sau o maşină (unealtă) şi poate fi la originea problemelor de sănătate.

Autorizarea

În majoritatea ţărilor, producătorii şi importatorii de băuturi alcoolice precum şi distribuitorii trebuie să obţină o autorizaţie specială.

Autorizaţia poate să nu fie obligatorie decât pentru anumite băuturi, nu şi pentru bere şi vin. În Germania, de exemplu, distilăriile private trebuie să posede o autorizaţie; o proporţie importantă de alcool produs este destinată unei societăţi comerciale publice însărcinată cu distribuţia băuturilor alcoolice. Autorizarea poate avea mai multe scopuri. Dacă ea este combinată cu o limitare a volumului produs, ea poate restrânge cantitatea totală de băuturi fabricate şi poate limita oferta unor băuturi ca acelea care au un conţinut ridicat de alcool. Sistemul de autorizare poate servi nu numai sănătăţii publice, ci şi producătorilor contra concurenţilor lor.

---

* Fapt respectat la noi la băuturile alcoolice produse de organizaţii comerciale nu şi la cele artizanale care se comercializează.

Scanned with OKEN Scanner

8. Înmulţirea mijloacelor de care dispune societatea pentru lupta împotriva alcoolismului prin formarea de specialişti în diferite sectoare, ca: sănătatea, protecţia socială, educaţia şi justiţia şi întărirea presiunilor exercitate de colectivitate.

Demersurile preventive, care au şanse mari de succes, sunt axate atât pe comportamentul individual, cât şi pe influenţele mediului de viaţă, a cadrului social. Acest cadru este fasonat de diverse instituţii şi mai ales de organisme, educative şi legislative ca şi de mass-media.

Pentru încurajarea şi susţinerea acţiunilor de promovare a sănătăţii, trebuie ca populaţia să participe la crearea unui cadru care să susţină acţiunea individuală.

Populaţiile şi comunităţile*

Populaţia şi comunitatea, grupări neinstituţionale , relativ mici reprezintă cadrul cel mai eficace pentru activităţi de promovare a sănătăţii, care pot fi dirijate spre elaborarea unei politici, schimbarea mediului sau achiziţia de competenţe personale. Ele sunt coaliţii care pot oferi o susţinere şi exercita o forţă de organizare. Grupele din care sunt compuse pot fixa priorităţile privind promovarea sănătăţii, pot administra programele şi pot îndruma funcţionarii etc.

Aceste concepţii sunt unite în trei teme:

1) Forţele sociale puternice influenţează comportamentul indivizilor, transmiţându-le valorile şi normele lor.
2) Populaţia şi comunităţile pot favoriza schimbarea socială şi comportamentală.
3) Participarea precoce şi susţinută a unei părţi din membrii care direcţionează populaţiile şi comunităţile. Ei trebuie să aibă sentimentul că sunt „proprietarii programelor".

---

* O populaţie este compusă din persoane care locuiesc într-o anumită localitate; o comunitate este un grup de indivizi cu interese comune.

Scanned with OKEN Scanner

Acţiunea populaţiilor şi comunităţilor de difuzare a daunelor provocate de alcool şi a programelor preventive oferă avantaje:

- Influenţează mediul social al indivizilor şi urmăreşte schimbarea normelor, valorilor şi politicilor care se află la baza comportamentului lor.
- Sunt bine integrate dacă ţinem seama că intervenţiile sunt incorporate în structurile populaţiei sau comunităţii.
- Sunt capabile să dea naştere unor schimbări pe termen lung, pentru că societatea are anumite tipuri de comportamente şi pentru că înrădăcinarea locală a programelor asigură o responsabilitate permanentă.
- Sunt în general complete şi garantează afectarea şi coordonarea apropiată a resurselor limitate alocate îngrijirii sănătăţii.
- Mărturisirea unei responsabilităţi împărtăşite pentru sănătate şi creşterea capacităţii de schimbare a individului.

Ghizi de opinie

Toate populaţiile şi comunităţile au ghizi de opinie formali şi neformali. Ei pot servi drept modele şi pot preconiza schimbări.

Ghizii de opinie formali îşi trag autoritatea din poziţia lor, fiind reprezentanţi aleşi (consilieri şi deputaţi) membrii ai ierarhiei eclesiastice, şefi de societaţi comerciale, de organizaţii ale funcţionarilor şi muncitorilor, preşedinţi de organizaţii şi asociaţii, redactori şefi şi magistraţi. Ghizii de opinie neformali sunt personalităţi care influenţează opinia locală, ca persoanele active în organizaţii politice, comercianţi, patroni de cafenele, responsabili ai organizaţiilor de tineret.

Scanned with OKEN Scanner

9.Ajutarea organizaţiilor neguvernamentale şi mişcărilor de întrajutorare promotoare ale unui mod de viaţă sănătos, în special a celor care se ocupă de prevenirea sau reducerea efectelor nocive ale consumului de alcool.

Forţele publice trebuie să elaboreze politici detaliate privind alcoolul, dar punerea în practică a acestora este uneori dificilă fără susţinerea organizaţiilor neguvernamentale (ONG) foarte diverse[3.77]. Cum consumul de alcool este un fenomen cultural care variază considerabil de la o ţară din Europa la alta, poziţia şi rolul ONG-urilor diferă în funcţie de mediul lor politic şi social, şi ele nu pot juca un rol eficace decât dacă a fost fixat un obiectiv naţional clar de sănătate publică.

Anumite ONG-uri au existat cu peste 100 de ani în urmă, crearea lor fiind legată de mişcările de cumpătare din secolul al XIX-lea. Ele se sprijineau pe cunoştinţele ştiinţifice şi preocupările politice din epocă. De exemplu, *Organizaţia Internaţională a bunilor templieri* era iniţial o mişcare populară ce acţiona la nivel local, dar a ajuns să aibă activităţi la nivel internaţional. Societăţi mai recente ca Socidrogalcohol în Spania şi societăţi medicale care fac studii asupra alcoolului în Franţa, Italia şi Portugalia, s-au dezvoltat pe o bază ştiinţifică. Un mare număr de organizaţii au luat fiinţă în urma bulversărilor care au scuturat Europa orientală. Majoritatea ONG-urilor au fost create pentru că cetăţenii nu credeau că autorităţile erau capabile să ducă o acţiune suficientă; ca urmare aceste iniţiative private au reuşit să suscite interesul ideilor lor şi au încurajat o cooperare[3.78].

[3 77] J. Alvarez , Drink driving and other public safety issue. In: The elements of alcohol policy what does science have to say ? A compilation of presentations. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 1995

[3 78] Classification statique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Genève, OMS, 1992.

Scanned with OKEN Scanner

Democraţie

În secolul al XIX-lea, dreptul de asociere era considerat ca una din libertăţile cetăţenilor, şi statele occidentale în curs de democratizare au recunoscut dreptul la activitate militantă. Astăzi în partea orientală a Regiunii europene, asităm la o înflorire a ONG-urilor care a devenit posibilă prin schimbările politice şi sociale. Aceste ONG-uri influenţează la rândul lor aceste transformări, favorizând practicile democratice.

O acţiune fără final

Programele de prevenire a consumului nociv de alcool, concepute asupra mentalităţii şi comportamentului nu pot fi niciodată încheiate; trebuie actualizate regulat măsurile de prevenire pentru lupta contra noilor aspecte de risc.

ONG-urile sunt conştiente de acestă realitate şi situează activitatea lor într-o perspectivă pe termen lung, în timp ce puterea publică trebuie să atace problemele cotidiene şi să abordeze chestiunile urgente pe măsură ce apar. Cum acţiunea ONG-urilor este de durată, ele pot pune accent pe continuitatea unei acţiuni pe termen lung, în timp ce oamenii politici sunt adesea interesaţi de necesităţile pe termen scurt, ţinând seama de bugetul anual sau alegerile următoare. ONG-urile sunt de asemenea în măsură să amintească dimensiunea istorică, evaluând activităţile trecute, uitate de oamenii politici şi de funcţionari.

Absenţa frontierelor

ONG-urile dispun de atuuri preţioase prin participarea la parteneriate utile pentru guverne:

- Ele sunt gata să coopereze cu o serie de alte organisme în domeniul serviciilor sociale, învăţământului şi industriei;
- Ele posedă mijloace eficace de obţinere de resurse de la populaţia locală, atrăgând benevoli şi convingându-i să-şi ofere timpul şi competenţa;

Scanned with OKEN Scanner

- Ele fac proba de suplețe când recenzează băuturile și răspund, fără a fi îngreunate de structuri de decizie prea ierarhice care înăbușesc inovația.

Declarațiile ONG-urilor

ONG-uri foarte diferite, susținute de organizații supranaționale dintre care Organizația internațională a bunurilor templieri, Consiliul internațional asupra problemelor alcoolismului și toximaniilor și Eurocar au difuzat o declarație la Conferința europeană „Sănătate, societate și alcool."

10. Elaborarea de programe largi de luptă contra alcoolismului în Statele membre, ținând seama de Carta europeană asupra consumului de alcool; definirea scopurilor precise și a indicatorilor rezultatelor; urmărirea progreselor realizate și actualizarea regulată a programelor după evaluare.

Statele membre ale Uniunii Europene a OMS au confirmat încă o dată voința de a lupta cu daunele provocate de alcool, manifestată în 1991, punctul 1 din *Sănătate pentru toți.* Aceasta prevedea o scădere cu 25% a consumului de alcool din anul 1980 până în anul 2000, acordând o deosebită atenție consumului nociv de alcool[3.79].

Ținte și indicatori

O țintă privind consumul de alcool ar putea fi:

- O reducere cu 25% a consumului de alcool pe locuitor într-o perioadă de 15-20 ani.

Indicatorii următori ar putea fi reținuți:

- Consumul total înregistrat pe locuitor;
- Suma consumului înregistrat și a consumului neînregistrat dar estimat pe locuitor.

[3.79] Statement of nongovernmental organizations to the WHO Conference on Health, Society and Alcohol. St. Ives, Eurocare, 1995.

Scanned with OKEN Scanner

Ţintele relative la starea de sănătate, având un orizont temporal de 15-20 ani ar putea prevedea:

- O reducere cu 25% a mortalităţii datorită cirozei hepatice;
- O reducere cu 25% a mortalităţii datorită rănilor (violenţelor);
- O reducere cu 33% a accidentelor rutiere datorate alcoolului.

Se pot reţine următorii indicatori:

- Nivelul normalizat de decese datorate cirozei hepatice şi hepatitei cronice la 100.000 de locuitori;
- Nivelul normalizat de decese provocate de cauze exterioare rănirilor şi otrăvirilor pentru 100.000 de locuitori;
- Nivelul normalizat al deceselor cauzate de accidentele de circulaţie la 100.000 de locuitori.

A zecea revizie a Clasificării statistice internaţionale a maladiilor şi problemelor de sănătate conexe (CIM – 10) defineşte consumul nociv ca un consum care aduce atingere sănătăţii fizice sau mentale[3.80].

După CIM-10, intoxicaţia acută este o stare temporară datorită absorbţiei alcoolului şi antrenează perturbaţii ale conştienţei, facultăţilor cognitive, percepţiei, comportamentului sau altor funcţiuni. Riscul de accident sau loviri este mult mai ridicat în cazul intoxicaţiei alcoolice. Ar fi posibilă adoptarea unei ţinte în vederea reducerii cazurilor de consum de băuturi alcoolice care să ducă la o intoxicaţie.

O ţintă relativ la utilizarea nocivă a alcoolului ar putea prevedea:

- O reducere cu 25%, pe o perioadă de 15-20 de ani, a proporţiei persoanelor care consumă mai mult de 20 g alcool pe zi (atât pentru bărbaţi cât şi pentru femei).

Următorul indicator ar putea fi reţinut:

[3.80] Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Genève, OMS, 1992.

Scanned with OKEN Scanner

- Prevalenţa unui consum ridicat de băuturi alcolice asupra bazei de date provenind din anchetele privind obişnuinţa consumului de alcool.

Scanned with OKEN Scanner

O scurtă prezentare a autorului se poate găsi, între altele, în DICȚIONARUL SPECIALIȘTILOR, un "WHO'S WHO" în știința și tehnica românească, Editura Tehnică vol. 1, ediția 1, București 1996.

Scanned with OKEN Scanner